FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

THÈSE

N° 25

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Avril 1929, à 17 heures

PAR **BUFFON (Georges-Gilbert-Augustin)**

Né le 30 Mai 1901, à Meillard (Allier)

Les Arthrites de la Hanche
dans l'Ostéomyélite aiguë de l'adolescence et de la seconde enfance

---

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

---

Président de la thèse : M. LE FORT

Suffragants : MM. BUÉ, MINET, DUHOT

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED, 48, Rue Paradis
- 1929 -

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

THÈSE

N° 25

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Avril 1929, à 17 heures

PAR **BUFFON** (Georges-Gilbert-Augustin)

Né le 30 Mai 1901, à Meillard (Allier)

Les Arthrites de la Hanche
dans l'Ostéomyélite aiguë de l'adolescence et de la seconde enfance

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. LE FORT

Suffragants : MM. BUÉ, MINET, DUHOT

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED, 48, Rue Paradis
- 1929 -

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. DUBOIS (I. ⁂). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✲, I. ⁂).

Clinique médicale	MM. CARRIÈRE (O. ✲, I. ⁂)	profes.
	COMBEMALE (O. ✲, I. ⁂, M)	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (O. ✲, ✝, I. ⁂)	id.
	LAMBRET (C. ✲, I. ⁂)	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilis	CHARMEIL (✲, I. ⁂)	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✲, I. ⁂)	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✲, I. ⁂, ✠)	id.
Pathologie externe et Clinique des maladie des voies urinaires	POTEL (✲, ✝, I. ⁂)	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale	CURTIS (✲, I. ⁂)	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⁂)	id.
Anatomie	N...	id.
Histologie	DEBEYRE (O. ✲, ✝, I. ⁂, ✠)	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✲, I. ⁂)	id.
Chimie organique	POLONOWSKY (Ⓐ, ⁂, ✝)	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✲, I. ⁂, ❁, ✠)	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ern.), (✲, I. ⁂)	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique	DESOIL (✲, ✝, I. ⁂)	suppl.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (I. ⁂)	profes.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	LE FORT (O. ✲, ✝, I. ⁂, C. ✠)	id.
Clinique psychiâtrique	RAVIART (✲, I. ⁂)	id.
Clinique médicale infantile	MINET (I. ⁂)	id.
Thérapeutique	INGELRANS (I. ⁂)	id.
Médecine opératoire	VANVERTS (✲, I. ⁂)	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ⁂)	id.
Médecine légale et Médecine sociale	LECLERCQ (✲, ✝, I. ⁂)	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. BÉDART (O. ✲, I. ⁂, ✠), MORVILLEZ (A. ⁂).

COURS COMPLÉMENTAIRE

	Chargé de Cours	
Clinique ophtalmologique	MM. N...	
Pathologie générale	INGELRANS (I. ⁂)	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (M.) O. ✲, ✝, I. ⁂)	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	DUHOT (A. ⁂)	id.
Chimie analytique	POLONOWSKY (Ⓐ, ⁂, ✝)	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (A. ⁂)	id.
Parasitologie	LAVIER (✝)	id.
Déontologie	BERTIN (✲, I. ⁂)	id.
Physique médicale	FABRE	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Doyens honoraires: MM. DE LAPERSONNE (O. ✲, I. ⁂), COMBEMALE (O. ✲, I. ⁂, M), CHARMEIL.

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✲, I. ⁂), VERDUN (✠, I. ⁂), CALMETTE (C. ⁂), LESCŒUR (I. ⁂), BAUDRY (✲, I. ⁂, ✠), DEBIERRE (✲, I. ⁂), DOUMER, CURTIS, LEMOINE.

Agrégés en exercice :

MM. DUHOT (A. ⁂), GÉRARD M. (✲, ✝, A. ⁂), COMBEMALE P., E. DOUMER (✝), CORDIER, P. DELANNOY, PAQUET (✝, A. ⁂), BERTIN (✲), LEGRAND (✝, ✠), SWYNGHEDAUW (✝, A. ⁂), LAVIER (✝).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ALEXANDRE BUFFON

Chevalier de la Légion d'Honneur

ET A MA MERE

Pour lesquels mon affection et ma reconnaissance sont sans bornes, comme l'ont été leurs sacrifices et leur dévouement, je dédie respectueusement ces pages.

A MES FRERES

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE FORT

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
Commandeur de la Légion d'Honneur

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse qu'il nous a inspirée.

Nous sommes heureux, à l'occasion de ce travail, de pouvoir lui exprimer nos sentiments de gratitude émue pour la bienveillance si aimable de son accueil, en toutes circonstances : nous en conserverons toujours le souvenir.

A Monsieur le Professeur BUÉ

Professeur de Clinique Obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance de ses excellentes leçons et des conseils éclairés que nous avons reçus lorsque nous travaillions dans son service.

A Monsieur le Professeur MINET

Professeur de Clinique Médicale infantile

Nous avons toujours reçu dans son service l'accueil le plus bienveillant, nous lui en exprimons tous nos remerciements et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé DUHOT

Chargé du Cours de Crénothérapie et Clinothérapie

Qu'il veuille bien considérer cet ouvrage comme un gage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur PIQUET

Chef de Clinique Chirurgicale infantile

Nos remerciements les plus sincères pour l'obligeance si cordiale avec laquelle il nous a aidé de ses conseils.

A Messieurs les Docteurs BAUDELOT et BACHMAN

Médecins au Sénatorium Maritime de Zuydcoote

Qui nous ont prodigué des soins éclairés et des conseils que nous n'oublierons jamais.

LES ARTHRITES DE LA HANCHE

DANS L'OSTÉOMYÉLITE DE L'ADOLESCENCE ET DE LA SECONDE ENFANCE

Les ostéoarthrites coxo-fémorales, désignées également sous le nom d'ostéomyélites de la hanche, sont bien connues depuis les travaux de Broca, de Duclaux, de Caubet et de Guyot. Mais les arthrites consécutives aux infections osseuses aiguës extra-articulaires n'ont pas été l'objet, jusqu'à ces derniers temps, d'études sérieuses.

Le seul travail important élaboré est celui de Monsieur le Docteur J. Piquet, chef de clinique chirurgicale infantile, qui a paru dans les annales de la *Revue de Chirurgie*, année 1927. Dans cet ouvrage sont exposés le mode de formation, la symptomatologie, les formes cliniques, les complications spéciales et les différents modes de traitement mis en œuvre pour soigner les arthrites consécutives aux ostéomyélites aiguës de la hanche, à point de départ intra et extra-articulaire.

Il nous a paru intéressant, afin de contribuer à cette étude, de publier un lot d'observations inédites mises obligeamment à notre disposition par notre Maître, Monsieur le Professeur Le Fort.

Chaque observation relate la forme clinique particulière prise par l'affection chez le malade, les com-

plications qui ont pu se produire au cours de l'évolution de l'infection, le traitement appliqué, les suites opératoires et les résultats fonctionnels. Ces observations, au nombre d'une quarantaine, se rapportent aux ostéomyélites suppurées, à point de départ intra et extra-articulaire et à certaines formes non suppurées, l'ostéo-arthrite de croissance, qu'il nous semble bien difficile de séparer de l'ostéomyélite aiguë.

Nous les avons groupées en chapitre, nous basant sur la localisation du foyer ostéomyélitique initial; dans chaque chapitre, nous avons cru bon de rappeler succinctement la symptomatologie et le traitement dans leurs formes typiques. Voici le plan de notre travail :

I. Caractères généraux des arthrites dans les ostéomyélites aigues de l'extrémité supérieure du fémur et de l'os coxal. Les arthrites directes et les arthrites indirectes ou par propagation.

II. Les arthrites dans les ostéomyélites aiguës non suppurées, dites de croissance. Etude clinique, Traitement, Observations.

III. Les arthrites dans les ostéomyélites aiguës suppurées :

1° Le point de départ des arthrites, les foyers intra-articulaires et les foyers extra-articulaires ;

2° Etude clinique des ostéomyélites aiguës suppurées intra-articulaires et des arthrites consécutives ;

3° Etude clinique des ostéomyélites de la hanche à localisation extra-articulaire, les arthrites.

a) Ostéomyélites de l'extrémité supérieure du fémur extra-articulaire, les arthrites.

b) Les symptômes de l'ostéomyélite de l'os iliaque et les arthrites spéciales.

c) Les symptômes de l'ostéomyélite de l'ischion et de la branche ischio-pubienne — les arthrites.

IV. Les complications spéciales de ces arthrites.

V. Les modes de traitement.

VI. Les observations.

1er Groupe : Les ostéomyélites intra-articulaires.

2e Groupe : Les ostéomyélites fémorales à point de départ extra-articulaire.

3e Groupe : Les ostéomyélites de branche ischio-pubienne.

4e Groupe : Les ostéomyélites de l'os iliaque.

VII. Conclusions.

Caractères généraux des Arthrites dans les Ostéomyélites aiguës de l'extrémité supérieure du fémur et de l'os coxal

Dans les arthrites de la hanche, consécutives aux infections aiguës de l'os coxal et du fémur, il faut distinguer les arthrites directes et les arthrites indirectes ou par propagation.

Les arthrites directes sont une conséquence fatale et inévitable d'une ostéomyélite, dont le point de départ est une portion osseuse intra-articulaire, bulbe juxta-épiphysaire du fémur et cartilage en Y de l'os iliaque.

L'arthrite est immédiate, contemporaine de l'ostéomyélite ; l'arthrite et l'ostéomyélite ont une évolution parallèle au point que les signes se confondent, l'arthrite est purulente, si l'ostéomyélite est suppurée.

Les arthrites indirectes sont souvent bénignes et pas nécessairement suppurées ; elles succèdent à des ostéomyélites à point de départ extra-articulaire. Leur apparition est tardive, elles évoluent assez longtemps après l'ostéomyélite initiale. La marche est ordinairement chronique et la symptomatologie est fruste, atténuée.

Le mode d'infection, dans les arthrites directes, est simple, la synoviale est infectée immédiatement par contiguité. Dans les arthrites indirectes, l'infection gagne l'articulation par voie osseuse, ostéite progressive, plus rarement par voies lymphatique et veineuse.

CHAPITRE PREMIER

Arthrites dans l'Ostéomyélite non suppurées, dites de croissance Types cliniques Traitement - Observations

On observe deux formes cliniques bien différentes.

Dans la première forme, il s'agit d'une ostéite intra-articulaire, d'une juxta-épiphysite du cartilage, juxta-céphalique du fémur intra-articulaire, dont l'infection retentit précocement sur la synoviale et détermine l'apparition d'une arthrite séreuse.

Le début est généralement brusque, surprenant le sujet en pleine santé. Une douleur dans la hanche rend la marche impossible. Il y a contracture des muscles péri-articulaires, qui immobilise l'articulation. Il existe un syndrôme d'infection. La température peut atteindre 39°, 40°, avec accélération du pouls et quelques frissons.

Cette arthrite séreuse, réactionnelle contemporaine de l'ostéomyélite aiguë non suppurée, fait l'objet des observations I, II et III.

Dans la seconde catégorie de faits, l'atteinte osseuse est extra-articulaire et l'arthrite est indirecte.

Le foyer ostéomyélitique se dénote par la douleur au niveau du grand trochanter et de la branche ischio-pubienne, la synoviale est très légèrement tou-

chée, de là les phénomènes généraux atténués, mais il existe une arthrite légère, car il y a une tuméfaction péri-articulaire et une certaine limitation des mouvements. Les observations IV et V en sont des exemples.

Ces deux formes ont une évolution analogue aboutissant, au bout de quelques jours à la guérison, sans troubles fonctionnels.

Le pronostic doit être réservé, car une première atteinte ne vaccine pas, le malade peut présenter dans la suite une lésion d'ostéomyélite grave de la hanche.

Traitement. — Ces formes d'ostéomyélite atténuée guérissent simplement par le repos et l'application d'un appareil à extension continue, qui fait cesser rapidement les douleurs. On peut y combiner la vaccinothérapie.

Les indications opératoires sont difficiles à établir. On interviendra dans le cas de fièvre et surtout lorsque l'état général sera atteint. On peut surseoir à l'intervention si l'état général n'est pas gravement altéré, lorsque la douleur spontanée et provoquée n'est pas très intense et que la tuméfaction n'a pas un aspect phlegmoneux.

Le malade sera surveillé de très près pour intervenir au moment favorable ; si le sujet ne peut être l'objet d'une surveillance attentive, il vaut mieux, comme le conseille Ombredanne, inciser une ostéomyélite atténuée, qui aurait pu guérir sans cette intervention, que de courir le risque de laisser évoluer une infection osseuse grave.

En cas de doute, il faut toujours intervenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Communiquée par le Docteur Pierre Colle).

Ostéo-arthrite (?) non suppurée traitée par vaccinothérapie.

Une jeune fille d'environ 18 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, ouvrière d'usine, est prise brusquement, dans l'après-midi, de douleurs dans la hanche droite, qui l'obligent à quitter son travail. Elle est ramenée chez elle où son médecin la trouve couchée, la cuisse déjà en abduction et rotation externe, en immobilité absolue. La température dépasse 39°.

Le lendemain matin, les phénomènes généraux s'accentuent, la langue est sèche, les urines rares, la température est près de 40°. Elle ressent des douleurs violentes, elle s'est plaint toute la nuit. Le docteur Colle appelé, voit le membre inférieur dans la même position que la veille. La palpation de l'articulation coxo-fémorale en avant et en arrière provoque une douleur intense. Les plus petits mouvements spontanés et provoqués de l'articulation de la hanche sont absolument impossibles.

Les ponctions capillaires sont tentées dans l'articulation de la hanche en avant et en arrière, sans succès. On ne réussit pas à retirer le moindre liquide de l'articulation.

On injecte du stock-vaccin antistaphylococcique du docteur Benoit, et en quelques jours, la température tombe, les phénomènes généraux s'amendent. En six jours de temps, tous les symptômes, tant locaux que généraux ont disparu, laissant l'articulation parfaitement libre.

La recherche du gonocoque avait été négative, les autres articulations étaient absolument intactes.

La malade est actuellement guérie, son articulation coxo-fémorale est tout à fait normale.

Observation II.

Roger B..., 10 mois (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéo-arthrite non suppurée.

Dans les antécédents héréditaires, on note que le père est mort de méningite tuberculeuse. La mère du bébé porte une fistule presque cicatrisée au niveau de la région sous-maxillaire qu'elle attribue à une origine dentaire (?)

L'enfant est né à terme, débile, paraît-il, mais il n'a présenté jusqu'à présent, aucune affection grave.

Le 15 janvier, après une bonne nuit, pendant laquelle rien n'était survenu d'anormal, l'enfant mis debout sur ses jambes commença à crier et se trouva dans l'impossibilité de s'appuyer sur son membre inférieur gauche. L'enfant laissait le membre inerte, ne le bougeait plus lorsqu'il était au berceau, alors qu'au contraire il continuait à agiter le membre inférieur droit. Ce jour-là, l'enfant a refusé toute nourriture. Pendant la nuit suivante, il n'a pas dormi et a été très agité, un médecin appelé le lendemain a pris la température de l'enfant et aurait trouvé celui-ci fébrile. Les jours suivants, l'enfant restait agité, souffrant et vomissait ses aliments ; la palpation de la hanche et les mouvements imprimés au membre provoquaient des cris et de la défense de l'enfant.

La mère déclare que, jusqu'à son arrivée à l'hôpital, l'enfant est resté fébrile, laissant son membre inerte, constamment grognon, refusant de prendre autre chose que le sein.

Il entre dans le service le 24 janvier. La température atteint 39°6. Le membre inférieur gauche est immobile, légèrement déformé en gigot à sa partie supérieure. La palpation montre de l'empâtement de la région de la hanche. Le grand trochanter ne dépasse pas la ligne Nelaton-Roser. Cette palpation est très douloureuse, ainsi que les mouvements imprimés au membre.

La radiographie montre un très léger degré d'écartement de l'interligne coxo-fémoral, symptômatique de l'existence d'une arthrite de la hanche.

L'enfant est maintenu au lit avec une extension continue. Le lendemain, la température du petit malade est tombée ; il a passé une bonne nuit, et il prend volontiers le sein.

Le membre est toujours inerte et la mobilisation douloureuse. Le 27, la mère remarque que l'enfant effectue des mou-

vements spontanés des deux membres inférieurs. On peut imprimer au membre inférieur gauche des mouvements passifs sans que l'enfant se plaigne.

Les jours suivants, l'enfant parat guéri, et il quitte le service le 3 février, tous les sympômes ayant disparu.

Observation III.

D... Joseph, 8 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéo-arthrite non suppurée.

On ne note rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Le malade est le 3e d'une famille de 9 enfants, un mort-né, entre le 1er et le 2e enfant. Tous sont bien portants. Aucune maladie de quelque gravité, sauf la rougeole un an auparavant.

Le malade se serait blessé au genou trois semaines avant l'apparition des accidents actuels. Cette plaie a suppuré 8 à 10 jours, puis tout est rentré dans l'ordre.

Environ trois semaines après ce petit accident, l'enfant se plaint de malaises vagues. Il a de l'inappétence, des troubles du caractère, il maigrit. En même temps, il se refuse à marcher : il peut poser à terre le pied droit, mais l'appui sur le membre inférieur de ce côté est extrêmement pénible. Ces troubles vagues de la santé générale, cette douleur de l'articulation de la hanche, restent stationnaires pendant une huitaine de jours.

Le 20 août 1923, le petit malade présente des accidents assez sérieux. La fièvre s'élève à 39°5, l'enfant est pris de vomissements, il a des sueurs abondantes. Localement, la hanche devient de plus en plus douloureuse. Les mouvements provoqués ne peuvent s'effectuer qu'au prix d'une très vive douleur, les mouvements spontanés sont absolument impossibles. L'enfant reste couché chez lui le 20 et le 21 août et le 22 il est transporté au poste de secours d'Armentières, où on pratique une injection de vaccin (des renseignements plus précis manquent totalement).

Dès le lendemain, la température tombe et l'état général s'améliore. Néanmoins, il reste couché jusqu'au 15 septembre.

Il est alors amené à l'hôpital Saint-Sauveur, service de M. le Professeur Le Fort.

L'état général est excellent, le petit malade ne semble pas souffrir beaucoup de sa hanche droite. Il est venu à pied de la gare à l'hôpital. Les mouvements provoqués s'effectuent dans leur intégralité, tout au plus note-t-on un peu de limitation de l'abduction. Dans la marche et la station debout, l'enfant s'appuie normalement sur son membre inférieur droit, et ne semble nullement souffrir quand on le fait courir. Pas de points osseux douloureux à la palpation, pas de température.

La radiographie est négative.

Le malade rentre chez lui et mène une existence normale, joue avec ses camarades sans se plaindre à aucun moment de sa hanche.

Il est revu le 29 mars 1924. Tous les mouvements de la hanche sont normaux. Il ne subsiste absolument rien des troubles survenus 6 mois auparavant.

OBSERVATION IV.

B... Yvonne, 9 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéite extra-articulaire non suppurée (?)

Une fillette de 9 ans entre, le 19 juillet 1925, à la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Saint-Sauveur.

Ses parents sont vivants, en bonne santé. L'enfant est l'aînée de trois enfants dont les deux derniers sont bien portants.

Dans des antécédents personnels, on relève diverses maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, variole.

Elle entre à l'hôpital pour des douleurs de la hanche droite. Le 14 juillet, cinq jours avant son admission, la petite malade était en train de jouer avec ses camarades quand elle ressentit une vive douleur dans la région de la hanche droite, douleur qui empêcha l'enfant de marcher. On dut la transporter chez elle en voiture. Elle reste couchée toute la journée.

Le lendemain, un médecin appelé parla de « rhumatismes » et fit appliquer des cataplasmes sur la région inguinale. Les douleurs persistant les jours suivants, il fit transférer l'enfant à l'hôpital.

Examen : Il s'agit d'une fillette pâle, assez maigre mais dont l'état général ne paraît pas atteint. La cuisse est en demi-flexion sur le bassin, en légère abduction et en rotation externe. La région inguinale est le siège d'une tuméfaction effaçant le pli de l'aine.

En ce point, la circulation collatérale est manifeste. La palpation de toute la région est douloureuse. La douleur est particulièrement vive : au niveau du pli de l'aine et au-dessous de l'insertion des adducteurs, dans la région correspondant à la branche ascendante de l'ischion.

Les mouvements spontanés de l'articulation sont nuls. La marche n'est pas possible. Les mouvements provoqués sont possibles, mais limités et ils détermineront une vive douleur.

Pas de phénomènes généraux. Température 37°6.

La radiographie ne montre aucune lésion de l'articulation coxo-fémorale.

Le membre inférieur est mis à l'extension continue (poids de 2 kgs). Très rapidement, l'attitude vicieuse est corrigée, et les douleurs disparaissent.

Le 30 juillet, l'appareil à extension continue est enlevé. La palpation de la hanche est absolument indolore. Les mouvements spontanés et provoqués de l'articulation coxo-fémorale ont leur amplitude normale et ne s'accompagnent d'aucune douleur. La marche est normale.

L'enfant quitte le service le 3 août, sans avoir présenté la moindre élévation thermique pendant son séjour à l'hôpital.

Observation V.

V... André, 4 ans 1/2 (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéite extra-articulaire non suppurée (?).

Un enfant du sexe masculin, âgé de 4 ans 1/2, est conduit à la clinique chirurgicale infantile le 14 avril 1925, parce qu'il présente des troubles de la marche. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents personnels. Il a neuf frères ou sœurs vivants, en bonne santé.

Le début de l'affection qui a motivé son admission à l'hôpital remonte à deux mois et demi. A cette époque, les parents de l'enfant ont vu apparaître à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, un peu au-dessous du pli de l'aine, une tuméfaction qui a augmenté assez rapidement de volume. L'enfant présentait en même temps quelques troubles de l'état général, mais au demeurant assez minimes.

Cette tuméfaction était douloureuse. En quelques jours, un abcès se constitua et l'évacuation au dehors se fit spontané-

ment. Il ne semble pas que cet abcès ait été précédé de troubles de la marche, nous n'avons d'ailleurs pas de précisions à ce sujet.

La collection suppurée guérit en quelques jours. A ce moment, quand le petit malade eut quitté son lit, la marche était difficile. Ces troubles de la marche augmentèrent progressivement et trois semaines avant l'admission à l'hôpital, l'enfait était obligé de garder le lit. Toute tentative pour appuyer sur le sol le membre inférieur gauche s'accompagnait d'une vive douleur.

Pendant toute la période qui a précédé le séjour à la clinique, l'état général n'aurait pas été atteint : ni fièvre, ni inappétence, ni céphalée. La seule raison qu'ait motivé le transfert à l'hôpital est l'impotence progressive du membre inférieur gauche à propos de laquelle le mot de coxalgie a été prononcé.

Examen : L'enfant est bien développé. Son état général est très bon. Température 37.2. Pouls normal. L'appétit est bon ; il n'existe aucun symptôme pulmonaire.

Le membre inférieur gauche est en flexion, abduction et rotation externe. La cuisse est assez fortement fléchie sur le bassin, l'abduction est légère, la rotation externe incomplète. La racine de la cuisse est considérablement augmentée de volume. Elle présente une déformation en gigot. L'infiltration commence au tiers supérieur de la cuisse et s'étend vers la région inguinale. Le pli de l'aine est effacé. Les téguments ne sont pas ocdématiés, ils ont conservé leur coloration normale. Dans la région inguinale, on perçoit l'existence de ganglions inguinaux hypertrophiés. A la partie supéro-interne de la cuisse on voit la cicatrice de l'abcès dont il a été question plus haut.

La marche est absolument impossible. Les mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale sont nuls. L'enfant refuse de mouvoir son membre inférieur. Les mouvements provoqués de l'articulation de la hanche sont très limités. On ne peut ni réduire complètement l'extension de la cuisse sur le bassin ni augmenter la flexion. Les mouvements provoqués d'abduction sont très douloureux et limités. L'abduction est impossible à réaliser. On peut provoquer quelques mouvements de rotation externe et interne, de très minime amplitude. La partie supérieure de la cuisse gauche est fortement tuméfiée, et cette tuméfaction siège surtout dans les plans profonds. La palpa-

tion de toute la région donne une sensation d'empâtement. Les téguments ne sont pas œdématiés. La douleur à la pression n'est pas très vive. La pression exercée sur le col fémoral au voisinage de la tête est le siège d'une sensibilité assez vive.

La radiographie est absolument négative.

Mise en place d'un *appareil à extension continue*, avec un poids de 1 kilog.

Les manifestations articulaires rétrocèdent rapidement, et l'infiltration de la patrie supérieure de la cuisse diminue parallèlement. A aucun moment, l'enfant n'a présenté de phénomènes généraux. La température n'a jamais dépassé 37.6 sauf le 7 mai (à l'occasion d'une angine banale). Tout était rentré dans l'ordre moins d'un mois après l'arrivée dans le service. Néanmoins, par mesure de précaution, l'extension continue est maintenue jusqu'au 15 juin, soit après un séjour de deux mois à l'hôpital. Au moment de sa sortie le petit malade était complètement guéri, les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient normaux, la marche ne provoquait aucune douleur.

CHAPITRE II

Les arthrites dans les ostéomyélites aiguës suppurées

L'infection osseuse a une localisation intra-articulaire ou extra-articulaire. Dans ces foyers intra-articulaires et extra-articulaires, précisons quelle est la partie de l'os d'où part l'infection pour gagner la synoviale et entraîner l'arthrite.

Dans les ostéomyélites intra-articulaires à point de départ fémoral, les avis sont partagés sur la localisation initiale de l'infection osseuse au niveau de la tête du fémur. Koenig, Müller, Lannelongue croient à l'origine primitivement épiphysaire dans l'ostéomyélite de la tête fémorale. Le fait est exact pour le nourrisson. C'est l'avis d'Ombredanne et de Nové-Josserand, mais dans l'ostéomyélite de l'adolescence, nous nous rangeons à l'avis de Broca, Mouchet, Kirmisson et Moore, qui estiment que l'infection siège au niveau du bulbe juxta-épiphysaire.

Dans les ostéomyélites à point de départ coxal, l'infection atteint le bulbe juxta-épiphysaire des différents points d'ossification entourant le cartilage en Y.

Dans les foyers extra-articulaires, sur le fémur, les points de départ sont le cartilage épiphysaire du

grand trochanter et du petit trochanter, qui apparaissent l'un à 3 ans, l'autre à 8 ans.

Sur l'os coxal, le point de départ se trouve à la partie moyenne de l'aile iliaque dans l'ostéomyélite de l'ilion.

L'ostéomyélite de l'ischion et du pubis siège le plus souvent dans la branche ischio-pubienne, au niveau du point de jonction de ces deux os. Les lésions semblent prédominer sur la partie inférieure de la branche ischio-pubienne, alors que le pubis est peu touché le plus souvent.

Les Arthrites consécutives à des ostéomyélites aiguës, suppurées, intra-articulaires

---

Signes cliniques. — Le début de l'affection se manifeste avec une brusquerie caractéristique, par une douleur intense.

La fièvre s'élève immédiatement, atteint 39°, 40° en 24 heures de temps. L'état général est presque toujours gravement atteint, le malade présente de la céphalée, de l'anorexie, des vomissements, la langue est sèche, les urines sont rares.

Localement, se manifestent les symptômes d'une arthrite coxofémorale. L'attitude est caractéristique, le membre inférieur se place en flexion sur le bassin en abduction et en rotation externe.

Les mouvements spontanés de l'articulation sont impossibles, les mouvements provoqués sont très douloureux et la contracture péri articulaire est intense,

le membre inférieur est fonctionnellement soudé à l'os iliaque.

La douleur spontanée, pas très vive, le membre étant au repos, s'accroît dans toute tentative de mobilisation.

La pression est douloureuse :

En avant : au niveau de la partie supérieure du triangle de Scarpa.

En arrière : à la partie moyenne d'une ligne unissant l'épine iliaque postérieure et supérieure au grand trochanter, enfin au niveau du pli génito-crural.

Une tuméfaction apparaît à la racine de la cuisse, au-dessus et au-dessous de l'arcade de Fallope : d'abord minime, elle atteint de grandes dimensions, si une intervention chirurgicale ne donne pas issue au pus. La déformation est en « gigot ». Il y a modification de la peau, tantôt violacée ou rosée ou blanche, avec hyperthermie locale et circulation collatérale.

A la palpation, on a une sensation d'empâtement ayant la consistance de carton mouillé.

Telle est la forme habituelle. On a signalé (Broca, Poncet) des ostéoarthrites suraiguës foudroyantes, à caractère septictémique.

Il existe des formes à symptomatologie atténuée, des formes subaiguës (Voir observation VII). Moore, Froehlich, en rapportent des exemples. Mocquot, Plesson ont vu des arthrites de la hanche, consécutives à des plaies de guerre, évoluer sans réactions locales, ni générales, et parfois se manifester par l'apparition d'une luxation survenant presque spontanément.

L'Arthrite de la hanche dans les ostéomyélites de la hanche à localisation extra-articulaire

L'articulation de la hanche est toujours lésée par un foyer ostéomyélitique de voisinage.

Une limitation des mouvements de la hanche et une certaine douleur à la mobilisation s'observent d'une façon constante pendant la période aiguë des ostéomyélites de la hanche à localisation extra-articulaire.

Si les lésions osseuses guérissent rapidement, les mouvements de la hanche réapparaissent très vite.

Dans le cas où la suppuration persiste, il peut y avoir, à la longue, ankylose, même complète, éventualité d'autant plus à craindre que le foyer osseux sera proche de l'articulation.

L'arthrite aiguë franche est rare ; le plus souvent, on observe des arthrites chroniques, à tendance ankylosantes, survenant lentement, tardivement, insidieusement, secondairement.

La rapidité de l'atteinte articulaire dépend de la virulence de l'infection osseuse, du point de départ plus ou moins éloigné de l'articulation, de l'infection initiale, de la précocité du traitement, de l'ancienneté de la suppuration.

Les arthrites par propagation succèdent à une infection osseuse à distance fémorale ou coxale. Elles peuvent être subaiguës, aiguës ou chroniques.

L'Ostéomyélite du fémur :

Le mode de début est variable, le plus souvent aigu.

La douleur apparaît brusquement, empêchant la marche.

Les phénomènes généraux sont ordinairement assez sérieux : fièvre, rapidité du pouls, frissons, céphalée, délire, vomissements, diarrhée, font partie du tableau symptomatique. Cependant, ces phénomènes généraux, dans l'ensemble, sont moins accentués que dans les ostéoarthrites directes de la hanche ; ils n'ont pas un caractère grave d'emblée, ils ne deviennent sérieux qu'au bout de quelques jours.

Localement, une douleur vive est provoquée par la pression exercée au niveau de la région trochantérienne et de la partie supérieure de la diaphyse.

Quelques jours après, la tuméfaction est manifeste et s'étend souvent loin vers la région fessière, efface le pli inguinal. La palpation profonde donne une sensation d'empâtement.

A cette époque, on observe des symptômes qui pourraient faire penser à l'existence d'une arthrite de la hanche. Les mouvements actifs sont à peu près nuls, mais par contre les mouvements provoqués sont tous possibles. Ils sont un peu limités, assez douloureux. Cette recherche des mouvements de l'articulation de la hanche est capitale, c'est elle qui permet de distinguer les ostéomyélites fémorales juxta-articulaires des ostéoarthrites de la hanche.

Dans le deuxième cas; l'immobilisation de la hanche est complète, absolue ; dans le premier cas, les mouvements articulaires sont conservés au moins partiellement. Cette règle n'a rien d'absolu, mais elle est exacte dans les premières semaines de l'infection.

En règle générale, si on n'intervient pas chirurgicalement, l'atteinte articulaire est fatale, elle se fait insidieusement, progressivement (Voir observations VII).

L'évolution subaiguë :

Elle est beaucoup plus rare. Nous la relevons dans 4 observations seulement.

Le sujet éprouve des douleurs assez vives dans la cuisse, reste couché plusieurs jours, puis se sentant mieux, se remet à marcher et ainsi de suite.

La fièvre est modérée ou nulle. Les signes généraux sont absents. Des abcès se forment, s'ouvrent ou guérissent ou se fistulisent. L'analogie avec la coxalgie est ici très grande.

La nature ostéomyélitique de l'affection a été reconnue par l'aspect radiographique et la présence de staphylocoque dans le liquide retiré par ponction

L'évolution chronique :

Elle doit exister à la partie supérieure du fémur, comme dans les autres parties du squelette, mais il est assez souvent difficile de la distinguer de la coxalgie.

L'ostéomyélite de l'os iliaque :

Elle se manifeste par des douleurs, que le sujet localise au trochanter ou au sacrum ou à la hanche ou à la partie supérieure de la cuisse. Après un certain temps, une tuméfaction se forme dans la fosse iliaque externe ou interne. L'état général est ordinairement sérieusement atteint, la température est élevée. Par le toucher rectal, on peut percevoir un empâtement profond. Si une intervention chirurgicale ne vient pas enrayer la marche de la maladie, le pus tend à se faire jour au dehors. Mais auparavant, l'arthrite de la hanche se sera déjà produite et une infiltration de pus aura diffusé dans tout l'os iliaque.

Ostéomyélite de l'ischion et de la branche ischio-pubienne :

Cette localisation est moins rare qu'on ne l'a dit. Nous en rapportons quatre observations.

La douleur initiale plus ou moins vive est assez diffuse et siège à la hanche. Il y a atteinte de l'état général. Localement, la tuméfaction apparaît au niveau de la partie supéro-interne de la cuisse et s'étend à la fesse.

Presque constamment, on observe cette tuméfaction de la région fessière, qui s'étend de la crête iliaque jusqu'au pli fessier qu'elle abaisse. Elle peut être le premier symptôme (observation XXX et VI). La région périnéale est tuméfiée.

Ostéomyélite du pubis :

Celle-ci se caractérise par une tuméfaction de la région inguinale, de l'œdème de la région hypogastrique et de la région pubienne avec extension au scrotum. Le toucher rectal permet de localiser la douleur jusqu'à la partie postérieure du pubis.

La fréquence et le type clinique sont très variables suivant la localisation initiale de l'ostéomyélite.

Les arthrites de l'ostéomyélite fémorale à point de départ extra-articulaire, sont des arthrites secondaires, à tendance ankylosante.

Les arthrites de l'ostéomyélite de l'os iliaque :

Ce sont des arthrites aiguës comparables aux arthrites directes des infections fémorales juxtacéphaliques et des ostéomyélites acétabulaires. Elles ont le même caractère d'acuité, de septicité et de gravité. Elles sont tardives et surviennent plusieurs jours, plu-

sieurs semaines après le début de l'infection osseuse. C'est le seul caractère qui les distingue de l'ostéomyélite acétabulaire. Elles sont très fréquentes, constantes même, lorsqu'une intervention chirurgicale ne vient pas enrayer la marche. L'envahissement de la hanche existe dans nos trois observations d'ostéomyélite de l'os iliaque.

Les arthrites de l'ostéomyélite de l'ischion et de la branche ischio-pubienne :

Le plus souvent, on ne constate qu'une réaction articulaire fruste, une douleur à l'interligne, une limitation des mouvements de l'articulation. Cette réaction articulaire bénigne est extrêmement fréquente. Les arthrites aiguës suppurées sont plus rares, et ont le type d'arthrites par propagation.

CHAPITRE III

Les Complications

Ces arthrites, qu'elles soient directes suppurées, ou indirectes, entraînent des complications spéciales, qui assombrissent fortement le pronostic.

Les luxations surviennent pendant la période aïgue de l'arthrite. Elles sont très souvent méconnues, car elles se produisent à l'insu du malade.

Le décollement aigu de la tête s'observe chez les jeunes sujets et se produit dans les arthrites coxofémorales directes, avec atteinte du bulbe fémoral juxta-épiphysaire.

La fracture du col est précoce ou tardive, précoce elle est la conséquence d'un évidement opératoire du col, tardive elle succède aux progrès de l'ostéite raréfiante, qui détruit sournoisement le col.

Les abcès périarticulaires sont extrapelviens et intrapelviens. Nous trouvons ces derniers dans nos trois observations d'ostéomyélite iliaque 28, 29, 40) et dans les arthrites directes acétabulaires XIII fémorale VI et XII.

L'ankylose est la complication la plus fréquente.

L'arthrite directe coxo-fémorale laisse presque toujours à sa suite une ankylose absolument complète, si l'extension continue n'est appliquée rigoureusement.

Dans les arthrites indirectes, elle n'est pas aussi absolue.

Tous les degrés sont possibles depuis la limitation des mouvements à peine marquée jusqu'à l'ankylose serrée.

Nous relevons :

5 ankyloses complètes.

6 raideurs serrées, permettant quelques mouvements.

5 cas de mobilité moyenne avec conservation de la moitié environ de l'amplitude normale des mouvements.

1 luxation.

1 hanche ballante.

4 cas seulement de guérison, avec mobilité intégrale et limitation insignifiante des mouvements.

CHAPITRE IV

LES MODES DE TRAITEMENT

Les ostéoarthrites aiguës directes de la hanche

Les différents modes de traitement, appliqués par tel ou tel chirurgien, ont tous leurs indications suivant les diverses formes cliniques.

Nous exposerons ces divers modes de traitement et indiquerons les cas auxquels ils s'appliquent.

1° *La désarticulation de la hanche.* — Conseillée par Chassaignac, elle est indiquée dans les cas de suppuration ancienne avec des lésions osseuses grave, infectant l'organisme, susceptible d'entraîner une septicémie chronique.

2° *La résection de la tête fémorale et du col.* — Cette opération n'est actuellement admise par personne, sauf dans de très rares cas où elle est alors une intervention de nécessité, lorsque les partie osseuses ses sont détruites par la suppuration.

3° *La résection de la tête fémorale.* — Elle est indiquée dans les cas suivants :

a) Dans les ostéoarthrites très graves à allure septicémique, avec atteinte sévère de l'état général. Elle s'impose et elle constitue la seule chance de sauver le malade.

b) Dans les formes d'intensité moyenne, la résection est indiquée le lendemain ou les jours suivant arthrotomie, si celle-ci est insuffisante, lorsque l'état général reste grave et la température élevée.

Ombredanne estime que l'ablation des 2/3 de la tête est suffisante pour assurer un bon drainage et que le rudiment de tête conservé est utile pour la reconstitution de l'articulation.

c) Dans les cas de lésions étendues et profondes de la tête fémorale ou d'un décollement aigu de l'épiphyse.

d) Dans les ostéomyélites à point de dépaét acétabulaire, la résection est souvent nécessaire pour avoir une voie d'accès large sur la lésion osseuse initiale.

4° *La trépanation de l'os.* — On a conseillé la trépanation d'emblée de l'os atteint.

Cette manière d'agir n'est pas exempte de danger, on a constaté que cette ouverture large pouvait infecter la moëlle osseuse, souvent relativement indemne, ou l'articulation voisine.

Portwich commence par une incision périostée et trépane secondairement ou fait même une résection plus complète, si la température ne tombe pas les jours suivants.

La trépanation immédiate a de rares indications et la méthode de choix dans l'ostéoarthrite aigue est la simple incision de l'abcès sous-périosté.

5° *L'arthrotomie simple.* — L'arthrotomie simple est le plus souvent suffisante dans les ostéomyélites de la hanche de gravité moyenne, et c'est à elle qu'on aura le plus souvent recours. Le drainage est suffisant.

6° *Les ponctions répétées.* — On a vu certaines ostéomyélites, à forme subaiguë, guérir par des ponctions répétées. Cette méthode a été utilisée par Froehlich, Ritter, Lefort, mais ce sont là des curiosités cliniques. Peut-être la vaccinothérapie permettra-t-elle, plus tard, de généraliser cette méthode, qui, à l'heure actuelle, ne comporte que des indications exceptionnelles.

Les ostéomyélites extra-articulaires

Ostéomyélites trochantériennes et diaphysaires hautes. — Il faut se borner, au début, à intervenir sur le foyer osseux, ouvrir largement et précocement l'abcès osseux et réaliser aussi complètement que possible la désinfection de l'os malade. Incision de l'abcès sous-périosté (incision linéaire de Lefort), trépanation immédiate de l'os, si la gravité des symptômes l'exige ou évidemment secondaire, si la température ne tombe pas.

Lorsque la tuméfaction est diffuse et que l'on craint l'existence d'une arthrite, on ponctionne l'articulation ; si le liquide retiré est séreux, on ne touche pas à l'articulation ; s'il est purulent, l'ouverture large de l'articulation est indispensable.

L'arthrotomie doit être faite si l'état général fait présumer l'existence d'une arthrite septique.

Ostéomyélites de l'os coxal. — *a*) Ostéomyélites de l'ischion et de la branche ischio-pubienne : Elles déterminent rarement des arthrites aiguës et l'arthro-

tomie a des indications exceptionnelles. On incisera la collection au niveau du pli génito-crural et très rapidement les signes d'arthrite vont rétrocéder.

b) Ostéomyélite de l'os iliaque. : L'ostéomyélite de l'aile, comme nous l'avons vu, se complique souvent d'infection articulaire. La résection osseuse s'impose, elle est d'autant plus étendue que l'intervention est plus tardive. C'est le plus sûr moyen de protéger l'articulation. En cas d'arthrite, l'arthrotomie simple est suffisante.

Le TRAITEMENT des COMPLICATIONS

Fractures du col et décollement épiphysaire aigu.— Il faut éviter les attitudes vicieuses dès la période aiguë, de façon à obtenir une bonne position dans l'ankylose L'attitude du membre sera en abduction forcée qui fixera solidement le moignon du col dans la cavité cotyloïde ; cette attitude sera maintenue par l'extension continue ou par l'application d'un appareil plâtré fenêtré.

Lorsqu'il y a luxation du col hors de la cavité cotyloïde où subsiste l'épiphyse décapitée, on doit traiter ces pseudo-luxations comme des luxations vraies, par la réposition sanglante ou par réduction orthopédique.

Les Luxations récentes. — La réduction doit être faite immédiatement et l'immobilisation est effectuée dans un appareil plâtré fenêtré, placé pendant plusieurs semaines en bonne position d'abduction légère.

Luxations anciennes. — La réduction doit être tentée, car l'irréductibilité n'est pas nécessairement en

raison directe de l'ancienneté. Cette réduction peut être encore possible une année après la luxation (Shwartz).

La réduction sanglante. — Indiquée dans les cas de formes très douloureuses et où il y a une mobilité excessive et gênante de l'articulation. Dans l'observation XL, Monsieur le Professeur Lefort a réalisé une réduction sanglante de la hanche luxée.

L'ankylose. — Elle doit toujours être respectée.

Les attitudes vicieuses. — Le redressement brusque n'est pas à conseiller, sauf pour les simples raideurs. Il expose à des réveils infectieux.

La résection orthopédique est rarement indiquée pour les mêmes raisons.

L'ostéotomie sous-trachantérienne est, au contraire, l'intervention de choix. Elle permet de remédier à toutes les difformités et de rendre le raccourcissement moins gênant, si l'on place le membre inférieur en abduction.

L'abaissement du bassin de ce côté corrige, dans une certaine mesure, le raccourcissement.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

1er Groupe

OBSERVATIONS D'OSTÉOMYÉLITES INTRA-ARTICULAIRES

Observation VI.

C... Raymond, 4 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéo-arthrite suppurée d'origine fémorale. Guérison.

Il s'agit d'un enfant qui, jusqu'alors, avait été bien portant et n'avait jamais eu de maladie grave avant celle qui a motivé son admission à Saint-Sauveur. Il a deux frères, bien portants. Ses parents sont tous deux vivants, en bonne santé.

Néanmoins, depuis sept ou huit mois, l'enfant semblait souffrir de malaises mal caractérisés. Il était grognon, de mauvaise humeur ; les parents avaient remarqué une certaine pâleur de la face, mais rien de précis. L'enfant ne traînait pas la jambe. Le 31 décembre 1922, à 11 h. 1/2 du matin, sans qu'il y ait eu le moindre traumatisme, le petit malade se plaint d'une vive douleur dans le membre inférieur droit, qui est en flexion, abduction, rotation externe. La fièvre est de 40°, l'enfant pousse des cris incessants, sa langue est sèche, ses pommettes rouges ; il se plaint de souffrir de la tête.

Le médecin, appelé, tente de remettre le membre inférieur en bonne position. Cette manœuvre détermine une douleur atroce.

On parle de scarlatine avec arthrite de la hanche. On assiste en effet à l'éruption de quelques boutons qualifiés « érythème scarlitiniforme » dans les premiers jours de janvier. Pendant

15 jours, les sympômes restent les mêmes, les phénomènes généraux aussi graves. L'enfant est nourri uniquement de lait coupé.

Vers le 15 janvier, les téguments desquament. Le médecin constate un « épaississement du fémur ». La fièvre diminue pendant la seconde quinzaine de janvier, mais l'état général reste toujours inquiétant, les phénomènes généraux persistent. L'enfant ne réagit plus, son état décline de plus en plus.

Il est examiné le 27 janvier par M. le Professeur Carrière. L'état général est aussi grave, le pouls est petit et rapide, la température ne dépasse par 37°. Le transfert à l'hôpital Saint-Sauveur est ordonné immédiatement.

Il entre dans le service de M. le Professeur Carrière, le 30 janvier 1923.

L'enfant a un faciès pâle, des lèvres décolorées, de l'herpès labial, des fuliginosités sur la langue et les gencives. L'état général est mauvais.

La température est de 38°6 le jour de l'entrée. Le pouls, petit, bat à 130. L'enfant pousse des gémissements ininterrompus et porte la main vers la racine de la cuisse droite.

La jambe droite est fléchie sur la cuisse à angle droit, la cuisse fléchie sur le bassin. Le membre inférieur droit est en abduction et rotation externe. La moitié supérieure de la cuisse et la région de la hanche sont le siège d'un gonflement diffus s'étendant jusqu'à la crête iliaque, faisant disparaître le pli génitocrural.

Sur tout le corps, on voit une éruption scarlatiniforme, ne desquamant pas.

Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, on remarque un empâtement de l'articulation, une tuméfaction des tissus périarticulaires, avec un peu de fluctuation.

On note un certain degré de défense de la paroi abdominale. La fosse iliaque droite est empâtée, douloureuse à la palpation. L'os coxal donne l'impression d'être épaissi. L'œdème de la cuisse ne permet pas de se rendre un compte exact de l'état du tiers supérieur du fémur, mais la pression profonde éveille une vive douleur. L'articulation coxo-fémorale droite paraît soudée. Spontanément, l'enfant ne peut effectuer aucun mouvement de cette articulation. La moindre tentative de mobilisation de la cuisse sur le bassin provoque une douleur

atroce. Il est impossible de mobiliser, même d'une façon minime l'articulation de la hanche.

Toucher rectal : La pression de l'index sur la région du pelvis correspondant à l'acetabulum est très douloureuse. On note un empâtement marqué en cet endroit.

On injecte 1/4 de cc. de vaccin de Grégoire.

La radiographie montre que la tête fémorale s'est séparée du col et a glissé au-dessous de celui-ci. Le col fémoral est dans la cavité cotyloïde.

L'enfant est opéré le 31 janvier par M. le Professeur Le Fort, sous anesthésie chloroformique.

On pratique une incision partant un peu au-dessous du grand trochanter et se dirigeant vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. Incision du grand fessier parallèlement à la direction de ses fibres, puis du moyen fessier. Par l'écartement des fibres musculaires, on arrive sur le col fémoral. La région saigne abondamment.

On ouvre la capsule articulaire, épaissie ; il s'échappe un peu de pus plutôt clair et séreux. A l'aide d'une curette large, on enlève des fragments osseux sans consistance, atteints de lésions d'ostéite raréfiante, et fortement vascularisés. On extrait ainsi la plus grande partie du col fémoral nécrosé. Pénétrant plus profondément, la curette ramène par fragments la tête fémorale, dans sa totalité semble-t-il qui s'est séparée du col et a glissé au-dessous de lui et se trouve descendue à la partie inférieure de la cavité cotyloïde. L'os coxal est aussi atteint par l'infection.

La cavité cotyloïde est nettoyée à la curette et des fragments osseux provenant du cotyle sont enlevés. Un drain est mis en place.

En avant on effectue une contre ouverture un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Discision à la pince de Kocher du tissu cellulaire de la fosse iliaque externe. Il s'écoule un peu de sérosité et du sang en assez grande abondance.

Drainage. Examen bactériologique : *Staphylocoque doré.*

L'état général reste inquiétant. Les lèvres sont décolorées, fuligineuses, le faciès pâle. Huile camphrée 2 cc. ou 3 toutes les 4 heures. Sérum glucosé sous cutané (250 m3 en deux fois).

En raison de la persistance de l'élévation thermique et de la gravité des phénomènes généraux, on intervient à nouveau le 2 février. Cette seconde intervention consiste simplement en un drainage plus large de l'articulation.

Il entre au Sanatorium de Zuydcoote le 29 mars 1923.

L'enfant est dans un état général assez médiocre. Teint pâle. Rien aux poumons, cœur normal.

La cuisse droite est un peu augmentée de volume ; les parties molles sont infiltrées, le fémur épaissi. Le fémur est sensible à la pression sur toute sa moitié supérieure. Pas de douleurs au triangle de Scarpa. L'articulation de la hanche a une certaine mobilité. L'abduction est possible, mais limitée, la flexion se fait dans un angle de 45°. La rotation externe est un peu limitée, la rotation interne est impossible. La mobilisation de l'articulation ne provoque aucune douleur.

La température atteint 39°3 le jour de son arrivée.

On applique un appareil à extension continue.

La fièvre tombe progressivement et la température est de 37°5 cinq jours après son arrivée au Sanatorium. Elle se maintient autour de ce chiffre pendant toute la durée du séjour.

L'enfant sort le 24 juillet 1923, guéri.

Observation VII.

B..., 15 ans 1/2 (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéo-arthrite suppurée guérie par ponctions.

Le 7 mars 1923, entrait à l'Hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le Professeur Le Fort, un enfant de 15 ans 1/2, jusque là bien portant.

Il aurait reçu un coup sur le genou gauche, il y a maintenant 8 jours. Il a continué à travailler le jour même, mais le lendemain, il est obligé de garder le lit. Quelques jours après, des phénomènes généraux graves apparaissent, et les choses se sont aggravées à tel point qu'on a dû l'amener d'urgence à l'hôpital.

A l'entrée, il était dans un état général grave, l'aspect mauvais, le faciès terreux, le nez pincé, les lèvres enduites de fuliginosités, la peau couverte d'une sueur froide, le pouls rapide, mais bien frappé. Etat saburral des voies digestives. Température 39°5.

A gauche : Le membre inférieur est augmenté de volume, la cuisse gauche est le double de l'autre, le genou est fortement tuméfié, le bas de la jambe a conservé son volume normal. Le membre inférieur est en flexion légère sur le bassin. Les téguments de la cuisse sont rouges et portent les traces de l'application de topiques. La peau est brûlante, elle est le siège d'une circulation collatérale développée. La palpation de la cuisse gauche est douloureuse, surtout dans la région supra-condylienne. La palpation et la percussion du grand trochanter n'amènent aucune douleur. Œdème de la cuisse, la pression du doigt forme un petit godet. Les mouvements de la hanche sont libres. Epanchement assez considérable dans le genou, pas de points douloureux. Choc rotulien, limitation des mouvements.

A droite : Le membre inférieur droit est en légère flexion sur le bassin, abduction et tendance à la rotation externe. Pas d'œdème sous-cutané, pas d'empâtement de la région, légère ensellure lombaire disparaissant par la flexion de la cuisse. Les mouvements spontanés sont presque nuls. Le malade peut faire quelques petits mouvements de rotation externe et de rotation interne et déplacer un tant soit peu son membre inférieur en adduction. Les mouvements provoqués de l'articulation sont très minimes et extrêmement douloureux. La flexion, l'abduction entraînent le bassin ; les mouvements de rotation sont partiellement conservés. Contracture de tous les muscles péri-articulaires. La percussion du grand trochanter éveille une vive douleur. La palpation de l'articulation et de la branche ischio-pubienne est douloureuse. La souffrance est particulièrement manifeste au niveau du grand trochanter, de la partie postérieure du col, de la région obturatrice au voisinage de l'ischion.

Ponction de l'articulation : On retire un peu de liquide trouble.

Le malade est opéré d'urgence par le Docteur Piquet, chef de clinique, avec le Docteur Ingelrans, moniteur de clinique et anesthésié au chloroforme par M. Gernez, interne.

Incision de 10 cm. verticale, de la face externe de la cuisse gauche. Un flot de pus jaunâtre et épais s'écoule à l'incision des muscles. Incision du périoste. Contre ouverture postérieure un peu au-dessus du creux poplité avec mise en place de deux gros drains.

On ponctionne le genou et l'on retire 25 cmc. environ de sérosité louche. Le soir, température 39°5.

Le lendemain 8 mars, on ponctionne à nouveau le genou. On retire 5 cmc. de sérosité plus claire.

Le membre inférieur droit est soumis à la traction continue : les douleurs de la hanche disparaissent et la palpation devient moins douloureuse.

Température matin 39°2. Température soir 39°4.

Le 9 mars. Température matin 38°1. Température soir 39°3.

Le 10 mars, sous chloroforme, excision des portions de muscles sphacélées, trépanation de l'os sur une hauteur de 9 cm. Il y a du pus dans la moelle osseuse. Drainage.

Le 11, on commence la vaccination par les vaccins de Grégoire, puis on continue par des auto-vaccins, les 14-16-18-21 mars. La température s'abaisse de 39°2 (le 11) à 38°6 (le 12) et 37°7 (le 13). Elle oscille entre 37°4 (minimum du matin le 15) et 38°6 (maximum du soir le 19).

Du côté de l'articulation de la hanche droite, les phénomènes s'amendent peu à peu. On lit dans l'observation, à la date du 15 : Les mouvements spontanés sont possibles dans une certaine mesure, la flexion et l'abduction provoquées sont un peu gênées, il persiste un peu de contracture des muscles périarticulaires. La pression exercée sur le grand trochanter provoque une certaine douleur, la palpation du col fémoral et de la tête sont fort peu douloureuses. *Le 28 mars*, l'abduction de la cuisse droite se fait sans souffrance, la pression du grand trochanter éveille encore une certaine douleur. On supprime l'extension continue. Alors qu'une amélioration très nette se manifestait du côté de la hanche droite, la suppuration suivait son cours du côté du fémur gauche.

Dans la nuit du 9 au 10 avril, une fracture spontanée a lieu au niveau de la lésion osseuse.

L'immobilisation de cette fracture vient compliquer le traitement de la plaie suppurente. On place d'abord une attelle de Thomas, puis un appareil plâtré à anses. (17. 4. 23).

Les vaccinations (auto-vaccins) avaient été reprises les 31 mars, 3, 5 et 7 avril et la température qui, du 28 mars au 2 avril, atteignait les environs de 39° le soir, retombait aux environs de 38° jusqu'à la fin avril et après quelques irrégularités au début de mai, s'installait presque constamment au-dessous de 38° jusqu'au 15 juin.

A ce moment, une amélioration notable s'était produite, la plaie avait bon aspect, la suppuration diminuait peu à peu, le drainage s'effectuait convenablement.

Le 8 juin, le malade se plaint d'être douloureusement gêné dans son plâtre. Celui-ci est enlevé et le membre malade est mis en gouttière.

Le 10 juin, le malade éprouve d'assez vives douleurs dans la hanche droite. On constate l'existence d'une saillie anormale du grand trochanter qui semble élevé au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser de un cm. environ. La percussion du trochanter est douloureuse. Les douleurs spontanées sont fréquentes et assez vives. La température reste toujours normale.

Le 12, tous ces symptômes se sont notablement amendés. On applique aux deux membres inférieurs une extension continue qui fait disparaître les douleurs, mais n'empêche pas l'accentuation progressive de la déformation. Le membre inférieur droit est en adduction extrême et en rotation interne légère. A la palpation on sent le grand trochanter remontant très notablement au-dessus de la position normale. La tête fémorale est au-dessus du cotyle et évolue vers la fosse iliaque externe. Le triangle de Scapa est déshabité : en dedans des vaisseaux on ne sent plus la tête fémorale. Les mouvements spontanés sont absolument impossibles, les mouvements provoqués sont excessivement douloureux et leur amplitude est insignifiante.

Le 15 juin, une ponction de l'articulation coxo-fémorale est faite par M. le Professeur Le Fort, en dehors des vaisseaux sur une verticale passant au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il s'écoule d'abord un liquide clair, séreux. Une ponction (la 2e) effectuée avec un large trocard, donne issue à 60 cmc. de liquide séro-purulent. Examen bactériologique : Staphylocoque doré.

La température s'élève, le soir, à 39°4.

De nouvelles injections de vaccin sont faites le 15, le 20, le 27 et le 29 juin. La température oscille entre 38° et 39° du 15 au 20 juin. Le 20 juin, on tente une nouvelle ponction de l'articulation avec un large trocard, sans résultat.

M. le Professeur Le Fort décide de réduire la luxation de la hanche dont une radiographie, faite le 13 juin, avait confirmé l'existence. Les deux tiers supérieurs de la tête fémorale sont au-dessus du rebord cotyloïdien, le tiers inférieur est encore en face de la cavité cotyloïde. Anesthésie chlorofor-

mique. M. le Professeur Le Fort fait exercer des tractions sur la cuisse, d'abord celle-ci étant dans la rectitude; tandis que les mouvements imprimés à la tête fémorale sont suivis par la main appliquée sur le grand trochanter. Après ce mouvement de traction, le membre inférieur est placé en position de flexion et d'adduction de la cuisse sur le bassin. Pendant ces mouvements, la traction sur le membre inférieur est continuée. On termine par un mouvement de forte abduction. A ce moment, M. Le Fort refoule la tête dans la cavité cotyloïde. On perçoit un craquement, la luxation est réduite, comme en fait foi une radiographie faite immédiatement.

Les jours suivants, la température tombe progressivement par oscillations. De 40° le soir de la réduction, elle retombe à 38° le 27 juin.

Le 10 octobre, la cicatrisation est presque complètement terminée. L'enfant sort le 14.

Il est revu le 9 décembre 1924. La hanche droite est complètement ankylosée. Néanmoins, la marche est assez facile. Le membre inférieur est en rotation interne. Léger degré de genu-valgum. L'articulation de la hanche est indolore. Légère scoliose statique.

Radiographie : Ankylose cerclée de la hanche.

Observation VIII.

B... Fernand, 14 ans. Ostéo-arthrite aiguë suppurée de la hanche. Arthrotomie. Guérison.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans entré le 22 juin 1922 dans le service de M. le Professeur Le Fort.

Dans ses antécédents personnels, on relève une rougeole il y a une dizaine d'années. Ses parents sont vivants et bien portants. Quatre frères sont morts d'affection inconnue. Deux sœurs sont vivantes en bonne santé.

Il nous raconte que le 27 mai dernier, à 10 heures du matin, soit environ cinq semaines avant son admission à la clinique, il a reçu un coup violent au niveau de la hanche gauche. Le timon d'une charrette lourdement chargée l'a frappé à la partie supérieure du fémur. Néanmoins, il continue à pousser sa voiture, ressentant d'assez vives douleurs dans la région contusionnée. Les douleurs augmentent d'intensité et vers trois heures de l'après-midi, il est obligé de se coucher, en raison de la

violence de la douleur. Il semble que ce jour-là le petit malade ait eu de la fièvre et quelques troubles généraux : anorexie, lassitude. Néanmoins, il n'aurait pas eu de céphalée, ni de nausées, ni de vomissements, bref aucun phénomène indiquant une atteinte grave de l'état général. Le lendemain, il essaie de se lever, mais la douleur est trop vive pour lui permettre de marcher. Cependant, il lui est possible de poser le pied à terre. Ce jour-là, il semble qu'il ait eu une fièvre élevée ; l'anorexie est absolue. Les mouvements du membre inférieur gauche étaient extrêmement douloureux ; toute tentative pour déplacer la cuisse dans le lit s'accompagnait d'une vive douleur. Le surlendemain de l'accident, l'impotence fonctionnelle était absolue. La fièvre, les phénomènes généraux s'étaient accentués.

Un médecin est appelé. Il porte le diagnostic de contusion de la hanche, et conseille des frictions à l'huile camphrée. Tous ces symptômes persistent pendant trois semaines. L'impotence fonctionnelle reste complète. L'anorexie est presque absolue : l'enfant ne prend qu'un peu de lait, les phénomènes généraux sont inquiétants. Le médecin traitant pense à une coxalgie et adresse l'enfant à l'hôpital.

Examen le 22 juin : Le membre inférieur gauche se trouve en forte abduction et rotation externe ; le bord externe du pied gauche se trouve en contact avec le plan du lit. Les muscles de la jambe et de la cuisse paraissent atrophiés et cette atrophie forme contraste avec une tuméfaction de toute la partie supérieure de la cuisse gauche. Celle-ci est fortement tuméfiée. Le pli inguinal est effacé. La tuméfaction s'étend depuis la crête iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. On constate l'existence d'une circulation veineuse collatérale très développée. Au voisinage de la région trochantérienne, les téguments ont une couleur rouge vif.

Les mouvements spontanés de l'articulation de la hanche sont impossibles : l'enfant ne peut pas soulever le pied au-dessus du plan du lit, ni même le placer dans la rectitude. Les mouvements provoqués sont excessivement douloureux. Il est impossible de faire disparaître l'abduction ni la rotation externe si l'on immobilise l'os coxal. Les mouvements imprimés au membre inférieur provoquant la mobilisation du bassin.

La palpation de l'extrémité supérieure de la cuisse et des téguments péri-articulaires est excessivement douloureuse. On perçoit un empâtement profond, donnant la sensation de car-

ton mouillé. Cet empâtement se manifeste surtout au-dessous du grand trochanter.

La percussion du talon provoque une vive couleur. La fièvre est élevée (39°5). La langue est saburrale. Le pouls est rapide, bien frappé. Les traits sont tirés, les pommettes rouges.

Intervention immédiate (Dr Piquet) sous anesthésie chloroformique :

On incise d'abord au niveau du trochanter et au-dessous de lui, dans la région où l'empâtement était le plus marqué. Les espaces cellulaires sont œdématiés, mais on ne trouve pas de pus. On suture les téguments et on prolonge l'incision vers le haut, en suivant une ligne allant du grand trochanter vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. Après dissociation des muscles du grand fessier, il s'écoule du pus mal lié d'aspect séreux. On incise plus profondément jusqu'au niveau du col fémoral. Celui-ci est relativement friable : la pointe du bistouri y pénètre aisément. Le périoste est incisé largement. Une curette introduite dans la plaie permet d'enlever quelques fragments osseux peu denses et ainsi est réalisé un évidement partiel du col fémoral. Au cours de l'intervention, on pénètre dans l'articulation coxo-fémorale. L'ouverture de celle-ci donne issue à une petite quantité de pus. Drainage.

Le membre inférieur est mis en gouttière.

Suites opératoires : Le lendemain, 23 juin, la température reste élevée, la suppuration est abondante ; le soir, la température est encore à 39°.

Le 24, chute de la température à 38°. Le soir elle remonte à 40°. L'état général reste assez atteint. Le 25, la température retombe à la normale. Pendant cinq semaines, la température oscille entre 37°5 le matin et 39° le soir. La suppuration est abondante. L'état général s'améliore rapidement, l'anorexie disparaît.

En août, la température ne dépasse pas 38° le soir, l'état général est excellent. La suppuration diminue. La guérison est obtenue dans la première quinzaine d'octobre. La plaie opératoire est cicatrisée.

Mais l'ankylose de la hanche est complète. Le membre inférieur est en légère abduction, immobile sur le bassin. Les mouvements imprimés au fémur sont intégralement transmis au bassin. La marche est possible.

La radiographie faite le 10 octobre 1922 montre l'existence de lésions fémorales et cotyloïdiennes. Le col fémoral est relativement clair, il est épaissi. L'hypertrophie osseuse est surtout manifeste au niveau du grand trochanter, de la portion de la diaphyse fémorale immédiatement sous-jacente à celui-ci et de la partie externe du col fémoral. La tête fémorale présente des lésions manifestes : ses contours sont flous, très irréguliers, à peine visibles dans la partie externe de la tête. Elle est beaucoup plus claire qu'à l'état normal. La tête et le col semblent être creusés d'une vaste cavité limitée par la ligne sombre de la corticale externe.

Du côté de l'os coxal, on constata un agrandissement de la cavité cotyloïde. La partie supérieure de celle-ci est érodée assez profondément au niveau du point d'appui de la tête fémorale. En cet endroit, l'interligne articulaire a disparu. Cette nouvelle cavité est limitée en dehors par une forte saillie, appliquée contre le col et la tête du fémur qui s'est en quelque sorte moulée dans la partie supérieure, agrandie, du cotyle. La moitié inférieure de la cavité cotyloïde est déshabitée, claire, à contours très flous.

Observation IX.

B... Jeanne, 12 ans (Hôpital St-Sauveur). Ostéo-arthrite suppurée de la hanche d'origine coxale. Guérison.

Parents morts d'affection inconnue.

On ne note dans ses antécédents personnels qu'une otite à l'âge de cinq ans.

Le 20 juin dernier, quinze jours avant son admission à l'hôpital, la petite malade revenant de l'école, ressentit de violentes douleurs dans la partie supérieure de la cuisse droite. Elle se couche. Le lendemain matin, se sentant mieux, elle se rend de nouveau à l'école. Le soir elle éprouve des malaises, elle est en proie à une céphalée violente, elle n'a pas d'appétit, éprouve de la faiblesse, et se plaint encore de douleurs vives dans la région supérieure de la cuisse droite. Elle reste couchée 15 jours, et comme son état a plutôt tendance à s'aggraver, les phénomènes généraux semblant s'accentuer, elle est envoyée à l'hôpital St-Sauveur, dans le service de M. le Professeur Le Fort (4 juillet 1921).

Etat général médiocre. L'enfant a un aspect fatigué, les pommettes rouges, les traits tirés, la peau chaude et sèche. Tempé-

rature : 39°5. Abattement. L'enfant se plaint de violentes douleurs dans la partie supérieure de la cuisse droite.

Membre inférieur droit considérablement augmenté de volume, œdématié. Adénopathie inguinale. L'articulation du genou est intacte.

Le membre inférieur est en abduction et rotation externe. La moitié supérieure de la cuisse droite est légèrement rouge, surtout dans la portion supéro-externe. La palpation du fémur est douloureuse et la douleur va en augmentant à mesure que l'on s'approche de l'extrémité supérieure.

L'articulation coxo-fémorale est atteinte : la cuisse est en flexion légère sur le bassin, l'abduction ne s'effectue pas dans son intégralité.

Au toucher rectal, on note un léger empâtement du fond de la cavité cotyloïde.

Opération le 4 juillet 1921 (Dr Leclercq), anesthésie chloroformique : Incision au niveau de la région postéro-supérieure de la cuisse jusqu'au périoste. Dès l'incision des téguments, une quantité de pus s'écoule au dehors, on place un drain.

Le soir même, la température retombe à 37°8.

Le lendemain matin 37°5, le soir 38°.

Nouvelle intervention le 22 juillet. Incision antérieure au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, passant entre le couturier et le tenseur du fascia lata. Ouverture de l'articulation coxo-fémorale. Ecoulement d'un liquide séro-purulent. La cavité articulaire est remplie de masses fibrineuses. La tête fémorale est en grande partie détruite. Les lésions d'ostéite sont surtout marquées au niveau du cotyle. Contre-incision au niveau de la région obturatrice. On passe un drain dans l'articulation coxo-fémorale et on le fait ressortir par la contre-incision. Mise en place d'un appareil à extension continue.

Les prélèvements ayant montré qu'il s'agissait d'une infection due au staphylocoque doré, on fait une série d'injections de vaccins antistaphylococcique. La plaie tend à se cicatriser, mais une fistule persiste à la face interne de la cuisse.

Le 3 novembre, une exploration au stylet montre l'existence d'un foyer osseux en évolution.

Nouvelle opération le 9 novembre 1921 (Dr Leclerq) : Incision postérieure, longue de 10 cm. allant du grand trochanter

vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. On passe à travers les fibres du grand fessier et après écartement du moyen fessier, on arrive sur le col et la tête fémorales. Ouverture de la capsule. La tête fémorale est enlevée à la curette, ainsi qu'une partie du col. Le tissu osseux est mou et atteint d'ostéite raréfiante.

Contre-ouverture antérieure au niveau du pli de l'aine. Mise en place d'un drain. Extension continue.

Suites opératoires : Suppuration abondante. L'extension continue est mal supportée. De nombreuses excoriations cutanées nécessitent la suppression de l'extension.

La partie externe du col fémoral s'adapte à la cavité cotyloïde et la consolidation s'effectue par ankylose.

Malgré les précautions prises, cette consolidation se fait avec une légère rotation externe du membre inférieur.

Le 4 avril 1922, pour remédier à cette position vicieuse, on anesthésie la malade au chloroforme et le membre inférieur est placé en légère abduction et rotation interne.

Le membre inférieur et le bassin sont immobilisés dans un appareil plâtré.

La plaie antérieure est complètement cicatrisée ; au niveau de l'incision postérieure, une petite fistule donne encore le 22 mai, date à laquelle la malade quitte le service. Le membre inférieur est en bonne position, mais raccourci de quelques centimètres.

Le 18 juin, elle revient dans le service. L'appareil plâtré est mal supporté. Il est immédiatement enlevé. On note de l'œdème du dos du pied.

L'articulation de la hanche est complètement ankylosée. Les plaies opératoires sont cicatrisées, sauf celle de la région postérieure de l'articulation de la hanche où une petite fistule laisse échapper un peu de pus.

« Membre inférieur droit en légère abduction et rotation « interne. Raccourcissement ».

OBSERVATION X.

B... Christiane, 9 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéo-arthrite suppurée chronique de la hanche. Guérison.

Parents bien portants. Une sœur âgée de 5 ans en bonne santé. Dans ses antécédents, on relève une rougeole à l'âge de un an avec symptômes méningés.

Histoire : Le début de la maladie a été brusque. Le 2 mai 1922, la jeune malade éprouva de vives douleurs dans la hanche droite, elle eut en même temps une fièvre élevée (40°). Le 9 mai, elle entre à l'hôpital de Reims où elle est opérée le lendemain. Le 18 mai, une intervention est pratiquée à l'épaule gauche.

Trois mois plus tard, elle est opérée à nouveau à la hanche droite (ablation de sequestres). Enfin, il y a deux mois, on est intervenu au niveau du bras gauche et du pied droit. Elle est rentrée définitivement chez ses parents le 20 décembre 1922, et elle est restée au repos (chaise longue).

Examen à l'entrée (le 15-9-23) : On voit deux cicatrices fistuleuses, la première à l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, l'autre à l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche.

Hanche droite : Il existe deux cicatrices opératoires multifistuleuses affectant la forme d'un V à pointe supérieure correspondant à l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'étendant d'une part parallèlement au pli inguinal et un peu au-dessus de lui et d'autre part sur la face antérieure de la cuisse, langues toutes deux de 8 à 10 cm.

Le membre inférieur droit est en adduction légère et en flexion. L'ensellure est de trois travers de doigt et elle est corrigée par l'élévation du membre à 40° environ au-dessus du plan du lit. Atrophie de la partie inférieure de la cuisse. Raccourcissement de 4 cm. environ.

Ni douleurs, ni fièvre.

L'articulation de la hanche est très peu mobile. On ne peut provoquer que quelques petits mouvements dans l'articulation coxo-fémorale.

Au cours de son séjour au Sanatorium, le foyer huméral supérieur droit se réveille et il se forme une fistule.

En août 1925 une fistule apparaît à la face postérieure de la cuisse droite (partie moyenne).

La radiographie montre l'existence de lésions de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Le col fémoral est luxé en arrière dans la fosse iliaque. La tête semble entièrement détruite : peut-être en subsiste-t-il un petit fragment se confondant avec l'ombre projetée par le toit du cotyle. L'os iliaque est le siège de lésions surtout marquées à la partie supérieure de la cavité cotyloïde. Les contours de celle-ci sont flous, de petites cavités semblent creusées dans l'os. La partie

inférieure de la cavité est occupée par une masse noire, arrondie régulièrement dans la partie supérieure et déchiquetée en bas : il s'agit certainement de la tête fémorale séquestrée.

Enfin l'ischion est partiellement détruit, la branche ischio-pubienne est réduite à une mince lame osseuse.

Intervention le 24 novembre 1925 (M. le Professer Le Fort) : On incise sur la fistule de la face postérieure de la cuisse droite. Le trajet fistuleux mène vers le haut. On extrait à 5 cm. en arrière et au-dessous du grand trochanter un séquestre large de 2 cm. et long de 4 cm. venant de la hanche et arrêté dans sa marche par du tissufibreux. (Ce séquestre est constitué par la tête fémorale).

Cicatrisation rapide.

L'enfant n'a jamais eu de fièvre, son état général a toujours été satisfaisant.

Observation XI.

M... Marcel, 15 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéo-arthrite aiguë suppurée de la hanche.

Dans les antécédents héréditaires du petit malade, on note que la mère est morte de tuberculose pulmonaire quand l'enfant avait deux ans. Le père a été tué à la guerre.

Enfant maigre.

Antécédents personnels : L'enfant n'a jamais été gravement malade. Il aurait été mordu dans son jeune âge par un chien enragé et il aurait été soigné à l'Institut Pasteur de Lyon. Un peu avant la maladie actuelle, l'extrémité inférieure du tibia a été le siège d'une suppuration d'assez courte durée.

Histoire : L'affection qui a motivé son admission au Sanatorium a débuté il y a deux ans. Un soir, en rentrant de l'école, il est pris brusquement de violentes douleurs qui l'obligent à se coucher. Il ne dort pas cette nuit-là en raison de l'intensité des douleurs. Le lendemain et les jours suivants, il reste au lit, son membre inférieur droit lui refuse tout service et les symptômes généraux apparus avec les premières douleurs sont d'emblée très graves. La fièvre est élevée, l'enfant est en plein délire. La région de la hanche est le siège d'un gonflement marqué.

Quelques jours (?) après le début, un médecin fait une incision au bistouri : du pus s'écoule en abondance, la fièvre tombe, mais la suppuration persiste.

Le jeune malade entre à l'hôpital d'Annonay où il est opéré six mois plus tard (nous ne savons pas quel genre d'intervention il a subi). La plaie opératoire se referme, mais il se forme dans la fosse iliaque externe droite un abcès encore fistuleux aujourd'hui.

Il fait ensuite un séjour de deux ans et demi au Sanatorium de Mindin (Loire-Inférieure).

Examen : Le 24 décembre 1923. Le membre inférieur droit est fléchi à 30° environ, il est en adduction légère et rotation externe. Raccourcicement 2 cm. 5. La racine du membre est un peu tuméfiée ; on perçoit à droite et à gauche l'existence de ganglions inguineux, mais ils sont plus nombreux et plus volumineux du côté malade. Sur le côté externe de la cuisse on voit une cicatrice déprimée. Il existe une petite fistule bourgeonnante en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, à 2 cm. environ du dessus de l'arcade de Fallope.

A travers les parties molles de la cuisse on sent l'extrêmité supérieure du fémur (région trochantérienne et sous-trochantérienne) assez fortement hyperplasiée et un peu douloureuse à la pression.

La hanche est ankylosée.

Le membre inférieur est atrophié. L'état général est assez bon. Les incisives sont érodées, usées. Canines crénelées.

Le 29 janvier 1924, la fistule fémorale cicatrisée à l'arrivée se rouvre et pendant plusieurs mois donne issue à du pus par intermittence ; chacun de ces réveils infectieux s'accompagne d'une élévation thermique à 38°, alors que le malade est apyrétique.

En septembre, on prescrit un traitement spécifique (benzoate de mercure) en raison de l'aspect radiologique de l'os. Ce traitement ne peut être poursuivi plus de quelques jours par suite de l'intolérance du malade.

Pendant les derniers mois de 1924, les foyers osseux se réveillent plusieurs fois. La température s'élève, l'enfant vomit, la suppuration devient très abondante. On constate dans l'urine la présence de quelques traces d'albumine.

Le 22 décembre 1924, *intervention* par M. le Professeur Le Fort. Incision des téguments au niveau de la partie antéro-

externe du fémur. On arrive sur de l'os dénudé et on découvre le foyer au niveau duquel les fistules communiquent. On fait une large brèche osseuse dans la partie externe du fémur. Le trochanter est réséqué ainsi que la plus grande partie du col. On enlève de nombreux séquestres irréguliers et assez gros. Contre ouverture et drainage.

En janvier 1925, la fistule iliaque qui s'était refermée s'ouvre à nouveau. Le foyer tibial suppure en avril.

Au mois d'août, le malade se plaint d'une douleur assez vive au niveau de la partie moyenne de la crête iliaque, qui est également douloureuse à la pression. On note une légère tuméfaction en cet endroit. Pas de température.

Cette douleur et cette tuméfaction ont disparu un mois plus tard.

De nouvelles poussées fébriles accompagnées d'une augmentation de la suppuration surviennent encore à plusieurs reprises et les fistules fémorale, iliaque et tibiale entrent en activité.

Deux gros drains sont installés, l'un dans le cotyle, l'autre en avant et en dedans, vers les adducteurs, où se trouve un abcès. L'examen de la tête fémorale montre que celle-ci est peu malade comparativement à l'os coxal. Il s'agit d'une ostéomyélite de l'os coxal.

Suites : On installe une traction continue et on fait des lavages dans les drains avec la liqueur de Labarraque.

La température reste élevée, elle décrit de grandes oscillations entre 37° et 39°, parfois 40°. L'hémoculture montre la présence de *staphylocoque doré* dans le sang.

Le 23 avril, on injecte un auto-vaccin et on continue la vaccinothérapie les jours suivants (une injection tous les deux jours). On ouvre à plusieurs reprises des foyers purulents.

Pendant deux mois environ, la température oscille entre 37° et 39°. L'état général reste grave.

Le 29 avril, on ouvre à nouveau le foyer, d'où s'écoule un demi-litre environ de pus. Drainage.

Le 4 mai, on constate que de l'urine s'échappe par la plaie opératoire. On place une sonde à demeure dans la vessie.

L'écoulement d'urine cesse le 18 juin. La température tombe quelque peu : elle oscille entre 37° et 38°, puis reste à la normale.

Le 23 juillet, la malade qui avait quitté le service, revient avec un volumineux abcès de la cuisse droite. Cette tuméfaction a débuté 8 jours avant l'entrée et s'est accompagnée de l'émission d'urines purulentes. L'abcès occupe toute la face antéro-externe de la cuisse droite. Incision sous anesthésie à la novocaïne et drainage postérieur. Il s'agit d'un vaste abcès urineux. Sonde urétrale à demeure pendant 8 jours.

Le 11 août, on ouvre une nouvelle collection dans le triangle de Scarpa.

La malade sort le 26-8-18 pour retourner en France non occupée. La suppuration a diminué, la température est de 37°5 en moyenne.

Elle entre le 2 octobre 1919 à l'hôpital Saint-Sauveur (service de M. le Professeur Le Fort).

Depuis son départ de la Charité, elle continue à perdre ses urines par la plaie fessière. En janvier 1919, les mictions jusqu'alors normales deviennent plus fréquentes, plus impérieuses, et en mars 1919, elle est dans l'impossibilité d'uriner sans aller en même temps à la selle. Elle souffre en urinant, ses urines sont troubles et contiennent par moment un peu de sang.

En janvier 1926, l'état est stationnaire. Le traitement spécifique est repris et cette fois il est mieux toléré.

Observation XII.

C... Julie, âgée de 12 ans. (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéo-arthrite de la hanche à point de départ coxal. Fistule vésicale. Guérison.

Une petite fille de 12 ans entre, le 5 mars 1918, à l'hôpital de la Charité, pour arthrite de la hanche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

Histoire : Cette fillette est tombée, il y a 15 jours, sur le côté droit. Le lendemain, la marche est encore possible, mais le surlendemain, la malade est obligée de garder le lit, et se plaint d'éprouver de vives douleurs dans la racine de la cuisse. Dès ce moment, elle a eu de la fièvre, de l'inappétence, de la céphalée, des nausées. Elle reste au lit. Les douleurs augmentent d'intensité et motivent son transfert à l'hôpital.

Examen : L'état général est gravement atteint, le faciès est plombé, la langue est sale, les lèvres et les dents sont recouvertes de fuliginosités. La température est de 39°7, le pouls bat à 95. La jambe droite est en demi-flexion sur la cuisse ; et la cuisse en demi-flexion sur le bassin et en abduction. La cuisse droite est augmentée de volume, le pli inguinal droit est effacé. On note l'existence d'une grosse circulation collatérale au niveau de la face externe de la racine de la cuisse. La fesse droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche. Le pli interfessier est dévié. La fossette rétrotrochantérienne du côté droit est complètement effacée.

La cuisse droite est plus chaude que la gauche. Les téguments sont œdématiés. La palpation provoque une douleur vive au niveau du trochanter, de la tête fémorale, en avant et en dedans de l'ischion. Le toucher rectal montre l'existence d'un empâtement profond au niveau de l'acétabulum. Les mouvements spontanés sont très limités, de même que les mouvements provoqués. La flexion de la cuisse entraîne le bassin et réduit l'ensellure lombaire, l'abduction n'est possible que dans une très faible mesure. La marche est très douloureuse.

Intervention le 9 mars 1918, sous anesthésie chloroformique (Docteur Delannoy). Incision de Langenbeck. On ouvre un volumineux abcès rétrotrochantérien après écartement des fibres du grand fessier. Dans le fond, on trouve une surface osseuse dépourvue de périoste, qui appartient à l'os coxal, au-dessus et en arrière du cotyle. L'incision a porté un peu trop en arrière : on revient en avant et on découvre la capsule. L'ouverture de celle-ci ramène un flot de pus. Après incision de la capsule, la tête est luxée puis le fémur décapité au ciseau et au maillot. L'os coxal est très altéré.

Cystoscopie : calcul vésical.

Cystostomie le 15 novembre 1919. On enlève un calcul phosphatique, de la taille d'une grosse noix. Il s'agit d'un calcul développé autour d'un bout de sonde de Malécot qui était resté dans la vessie.

L'orifice hypogastrique est fermé le 30 novembre 1919.

Le 6 décembre, la petite malade souffrait depuis plusieurs jours de la cuisse droite, quand au cours d'une miction elle remarque que ses urines sont purulentes.

Elle quitte l'hôpital.

Elle est revue en mars 1926. Toutes les plaies sont cicatrisées depuis longtemps. La marche est presque normale.

Le raccourcissement atteint 6 cm. Les mouvements de la hanche se font normalement, à l'exception de l'abduction qui est très limitée.

Radiographie : La tête fémorale et le col n'existent plus. La partie supérieure de la diaphyse prend point d'appui sur l'os coxal, au niveau de la fosse iliaque.

OBSERVATION XIII.

L... Flore, 11 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite sous-trochantérienne avec destruction complète de la région trochantérienne et du col. Guérison avec hanche ballante.

Père et mère vivants bien portants.

Deux frères et deux sœurs en bonne santé.

Un frère mort en bas âge.

Il y a un mois, l'enfant debout dans une balançoire, tombe assise en voulant prendre son élan. Elle ressent une violente douleur dans la cuisse gauche ; néanmoins elle continue à marcher pendant huit jours sans éprouver de gêne sensible. Une semaine après l'accident, elle ressent des douleurs dans la cuisse gauche, d'une intensité telle qu'elle est obligée de garder le lit. Elle aurait présenté à cette époque des phénomènes généraux assez graves, et en particulier une fièvre élevée. Elle reste couchée une huitaine de jours, et un médecin, appelé, envoie l'enfant à l'hôpital de Lens où elle est opérée (trépanation du fémur ?). La suppuration est abondante, les phénomènes généraux restent inquiétants. La température s'élève le soir à 39°5 — 40°. Huit jours plus tard, nouvelle intervention. Elle quitte alors l'hôpital de Lens et retourne chez elle. Son médecin l'envoie à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le Professeur Le Fort.

L'état général de la petite malade ne paraît pas très bon. L'enfant a beaucoup maigri depuis un mois. Le membre inférieur gauche est en adduction et rotation interne, et le bassin se trouvant à plat, le bord interne du pied gauche est en contact avec le plan du lit. La jambe gauche est légèrement fléchie sur la cuisse.

Le membre inférieur gauche est sensiblement plus volumineux que le droit et la tuméfaction est surtout marquée au

niveau de la racine de la cuisse. La mensuration donne : au mollet 23 cm. à gauche, 20 cm. à droite ; à la cuisse 33 cm. à gauche, 23 cm. à droite.

Les téguments de la cuisse malade ont une couleur violacée ; ils sont chauds, œdématiés, mais on ne note pas de développement anormal de la circulation veineuse. On constate l'existence d'une fistule siégeant au voisinage de la région trochantérienne.

Les mouvements spontanés sont impossibles. On arrive à corriger la position vicieuse dans une certaine mesure, mais au prix de vives douleurs. La flexion est très limitée.

Phénomènes généraux : Céphalée assez violente. Température 39°5. Fièvre, frissons, anorexie, langue saburale, pouls rapide.

La radiographie montre que toute la partie supérieure du fémur est détruite. Le col fémoral, le trochanter ,et la portion sous-trochantérienne du fémur sont réduits à l'état de débris osseux. L'articulation coxo-fémorale paraît atteinte elle aussi.

Intervention le 10 août 1922 (Dr Piquet) sous anesthésie chloroformique. Incision de 12 cm. environ, suivant le tracé de l'arthrotomie de la hanche, par voie postérieure. Le grand trochanter est presque inexistant, constitué seulement par une coque périostique contenant des portions osseuse atteintes d'ostéite raréfiante. A l'aide d'une curette large, on enlève ces particules osseuses nécrosées, on nettoie le col fémoral, détruit dans sa totalité, ainsi que la partie sous-trochantérienne du fémur. En raison de l'aspect radiographique de l'articulation coxo-fémorale, la tête fémorale est enlevée à l'aide d'un davier de Farabeuf.

La tête fémorale est absolument intacte. Le cartilage diarthrodial est normal ; on ne constate pas non plus de lésion de l'acétabulum. Contrairement à ce qu'avait semblé indiquer la radiographie, il n'y avait pas la moindre lésion de l'articulation de la hanche.

Drainage. Examen bactériologique : *staphylocoque doré.*

On met un appareil à extension continue. Celui-ci est mal supporté et le 13 août, on place un appareil plâtré avec une large fenêtre. La plaie opératoire a une tendance à se combler, la suppuration est peu abondante.

Le 30 août, le membre inférieur a une tendance à s'œdématier. Le plâtre est enlevé.

Pas de phénomènes généraux.

4 *septembre* : Au niveau de l'extrémité inférieure du fémur gauche apparaît une tuméfaction douloureuse, chaude, rouge. On a en cet endroit une sensation d'empâtement à la palpation. La température s'élève à 38°5, 39°.

La radiographie montre que la région bulbaire inférieure du fémur est le siège d'une suppuration sous-périostée.

Le 29 *septembre*, nouvelle intervention (Dr Piquet) sous anesthésie chloroformique, la région fémorale inférieure est incisée par voie externe.

Immédiatement après l'incision de l'aponévrose, le pus se fait jour à l'extérieur. Incision des muscles, puis du périoste La diaphyse fémorale apparaît érodée, percée de plusieurs petits pertuis.

Trépanation de l'os. Drainage.

Suppuration abondante.

Le 10 *octobre*, la plaie opératoire de l'extrémité supérieure de la cuisse est presque cicatrisée.

Le 20 *octobre*, la cicatrisation est presque complètement terminée au niveau de la région épiphysaire fémorale inférieure.

Le 4 *mars* 1926, la petite malade revient dans le service. La hanche est ballante. Néanmoins la marche est possible dans une certaine mesure, mais la claudication est très accentuée : à chque pas, la partie supérieure du fémur remonte vers la fosse iliaque. Le raccourcissement est de 11 cm. ; il est particulièrement corrigé par le port d'une chaussure à forte semelle. La malade n'éprouve aucune douleur, ni spontanément, ni dans les mouvements de la cuisse sur le bassin.

On décide d'intervenir pour faire cesser cette claudication qui rend la marche très difficile.

Intervention le 9 *mars* 1926 par M. le Professeur Le Fort. La malade est couchée sur le côté droit. Une incision longue de 20 cm. part de la partie supérieure et externe du fémur et suit l'axe de celui-ci pour s'incurver légèrement en arrière. On arrive sur la partie haute de la diaphyse, qui est entourée d'un bloc de tissu fibreux dont l'ablation est assez malaisée. Une fois cette abrasion terminée, on arrive sur de l'os sain qu'on avive et qu'on taille en forme de tenon. La cavité cotyloïde est remplie de tissu fibreux et c'est à peine si le doigt en reconnaît la place. On libère le sourcil cotyloïdien et la partie sus-

jacente de l'os iliaque du tissu fibreux qui les recouvre. Un ciseau est placé perpendiculairement à la direction de l'os coxal au niveau du sourcil cotyloïdien et enfoncé dans l'os, au maillet, à un centimètre de profondeur. Le ciseau est basculé vers le bas de façon à créer un rebord osseux saillant à la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Cette mortaise est approfondie de façon à former une cavité profonde de 2 cm. La partie supérieure du fémur est placée dans cette mortaise. *Pas de prothèse métallique.*

La cuisse est mise en abduction et un appareil plâtré la maintient dans cette position.

2me Groupe

Les OSTÈOMYÉLITES à POINT de DÉPART EXTRA-ARTICULAIRE

OSTÉOMYÉLITES FÉMORALES

Observation XIV.

C... Marcel, 4 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite fémorale extra-articulaire. Réaction articulaire fruste. Guérison sans raideur articulaire

Un enfant de 4 ans est conduit, le 25 octobre 1924, dans le service de M le Professeur LeFort, pour des « douleurs de la hanche gauche. »

Les parents disent qu'il a fait une chute quatre jours avant son admission à l'hôpital (le 21août), mais a continué néanmoins à marcher pendant les deux jours qui ont suivi l'accident. Le troisième jour, l'enfant est obligé de s'aliter, le membre inférieur gauche est devenu très douloureux et la marche impossible. Des phénomènes généraux sont apparus, la température s'élève. Tous les symtômes s'accentuent encore le jour suivant. En raison de la gravité des accidents, le médecin de la famille adresse l'enfant d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur.

Il s'agit d'un enfant robuste, bien développé. Il a les pommettes rouges, le teint coloré : la température atteint 39°, le pouls est bien frappé (140).

Au niveau de la saillie trochantérienne, du côté gauche, les téguments sont œdématiés et rouges, toute la région tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend en avant et en arrière, elle se prolonge vers la région fessière, faisant même disparaître le pli fessier. Le pli inguinal est effacé, toute la cuisse gauche est tuméfiée en masse. Le genou est globuleux, mais non douloureux à la pression. Pas de choc rotulien.

La partie supérieure du fémur est douloureuse à la pression, surtout la région trochantérienne. On ne perçoit pas de fluctuation, mais une sensation d'empâtement profond.

Les mouvements spontanés de l'articulation de la hanche sont nuls. Les mouvements passifs sont un peu limités et très douloureux.

Radiographie négative.

Intervention le 25 août 1925 par M. le Dr Ingelrans, moniteur de clinique.

Incision antérieure de la découverte de l'articulation coxo-fémorale. On arrive sur le fémur, qu'on suit avec le doigt. Au niveau du bord externe de l'os, au voisinage du grand trochanter, l'index pénètre dans une cavité purulente qui semble s'étendre en arrière. Le point de départ de cette suppuration paraît être le grand trochanter. On fait une contre incision en arrière : une nappe de pus s'étend sur les fessiers.

On ne touche pas à l'articulation. Drainage.

Extension continue.

Examen bactériologique : Staphylocoque doré.

Suites : Le lendemain, la température reste élevée. Le surlendemain, elle tombe à 37°9 pour devenir normale les jours suivants. On injecte d'abord du vaccin de Grégoire puis du stock vaccin.

Les mouvements de la hanche redeviennent rapidement indolores et normaux.

L'enfant est guéri le 10 octobre 1924.

OBSERVATION XV.

St... Eugène (Sanatorium Vancauvenberghe), 10 ans. Ostéomyélite diaphysaire haute du fémur. Guérison avec ankylose de la hanche.

Père et mère bien portants. Trois frères vivants en bonne santé.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure connue. A l'âge de 3 ans ½, douleur vive au niveau de la cuisse droite, avec température élevée (début aigu). Ces douleurs disparaissent au bout de six semaines. Il n'y avait pas de tuméfaction bien qu'on ait parlé « d'abcès osseux ». Puis l'enfant fait de l'œdème des jambes, des bourses, de la face. Durée trois mois. Ensuite il se lève et retourne à l'école.

Dans le courant de l'hiver 1914-1915, l'enfant âgé de 8 ans, se réveillait la nuit et criait, se plaignant de la cuisse droite. Le lendemain, tout avait disparu et l'enfant allait en classe comme si rien ne s'était passé.

En août 1915, l'enfant commence à se plaindre et à boiter. On parle de coxalgie. Il reste complètement couché six mois et les douleurs sont tellement vives qu'on est obligé de faire un appareil plâtré qui est porté six mois. Sous ce plâtre, il se fait un abcès qui s'ouvre seul. On met l'enfant dans une gouttière métallique. Depuis un an, l'enfant n'a plus de gouttière, il va mieux. Il marche depuis l'an dernier, mais les fistules coulent toujours un peu. Elles s'étaient refermées quand l'enfant gardait le lit, mais elles se sont réouvertes depuis qu'il se lève.

Etat actuel (16 juillet 1917). Enfant un peu maigre. Léger retentissement de la toux au sommet droit. Deux fistules à la face antérieure de la cuisse droite. Mouvements de la hanche : abduction non limitée, mais flexion un peu limitée.

En septembre 1917, en vue du transport, on pose un appareil plâtré immobilisant la hanche droite. Une radiographie effectuée à cette époque indique la présence d'un séquestre non détaché du fémur. En octobre-novembre 1917, suppuration moyenne des deux fistules, état fébrile habituel.

Le 15 novembre 1917, fistules refermées. Le 8 mars 1918, appareil de la hanche droite ; les fistules sont réouvertes, mais suppurent peu. Le 3 novembre 1919 on note : liberté de la hanche, légère limitation de la flexion, les autres mouvements normaux.

Pas de douleur ni d'empâtement de la hanche. Pas d'attitude vicieuse. Présence de deux fistules dont une fermée à la face antérieure de la cuisse droite, tiers moyen. Un abcès en formation à la face postérieure de la cuisse. Pas de température. Rien de pulmonaire. Une radiographie faite en septembre 1917 montre l'intégrité de la hanche et l'ostéite du tiers moyen du fémur avec séquestre.

Le 11 avril 1919, on intervient sur le fémur. Incision externe. On arrive sur un foyer osseux dénudé. Ablation d'un séquestre. Dissection complète de la fistule. Il reste encore une fistule qui n'a pas été touchée. Mise en place de deux tubes de Carrel. La plaie se cicatrise bien.

Le 25 mai 1919, la fistule est refermée.

Le 20 janvier 1920, la fistule s'ouvre et se ferme trois semaines après.

En mars 1920, il est autorisé à marcher, et il quitte le Sanatorium, porteur d'une fistulette, le 3 mai 1920.

Il revient au Sanatorium le 11 novembre 1922.

Après son départ, il a continué à suppurer 8 ou 9 mois, puis la plaie s'est fermée. Alternative de cicatrisation et de réouverture. Il travaillait, allait à bicyclette, faisait de la gymnastique. Une fistule s'est réouverte il y a six semaines.

État actuel : Fistule ulcérée et bourgeonnante de la face antérieure de l acuisse droite au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire. Limitation des mouvements articulaires dans tous les sens, mais pas de douleur à la tête fémorale.

Etat général médiocre. Teint pâle.

Le 19 décembre 1922, depuis une semaine, une fistule s'est ouverte à la face postérieure de la cuisse. Pas de fièvre habituelle, mais de temps en temps, 38° le soir, céphalée légère.

Le 20 avril 1923, la température retombée les jours précédents s'élève à nouveau. Le 8 mai 1923, suppuration abondante par la fistule antérieure, puis par la fistule postérieure.

Le 23 octobre 1923, abcès au-dessus de la fistule antérieure dans la cicatrice d'une fistule ancienne qui s'ouvre spontanément et suppure abondamment.

Les 10, 11 et 12 novembre 1923, ascension thermique à 39°5, douleurs spontanées au niveau du grand trochanter. Tuméfaction et douleur vive à la pression sur cette saillie osseuse. Le 20 novembre 1923, la fistule supérieure s'ouvre : suppuration abondante, chute thermique, trochanter un peu moins sensible.

Le 13 mai 1924, on intervient à nouveau. Incisions antéro-externe et retro-trochantérienne. Par la première, on extrait un séquestre gros comme une noisette, par la seconde, une longue aiguille osseuse qui remontait jusqu'à l'articulation.

Le 4 mai 1925, on curette un petit point dénudé de la partie postérieure du grand trochanter.

Revu le 24 novembre 1925. Ankylose cerclée de l'articulation.

OBSERVATION XVI.

B... Paul, 24 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite chronique extra-articulaire du fémur avec raideur serrée de la hanche.

Antécédents : Rougeole à l'âge de 9 ans ; pas d'autres maladies aiguës.

Histoire : Début aigu, fébrile, en février 1914, par des douleurs de la cuisse gauche principalement et des souffrances moins vives dans les bras et les jambes, pendant 2 mois et demi. La cuisse gauche était tuméfiée. Après être resté couché pendant ces dix semaines, il se lève et travaille jusqu'en 1916. En septembre 1916, une tuméfaction apparaît au niveau du tiers supérieur de la cuisse gauche ; elle s'ouvre spontanément peu de temps après. Il continue à travailler jusqu'en février 1917, et à ce moment, il est obligé de se coucher : un nouvel abcès se forme à la face externe du fémur, au niveau du tiers inférieur. En juin 1917, on pratique un curettage du fémur gauche. En 1918, nouvel abcès. En 1919, ablation d'une esquille.

Actuellement (1922) : La cuisse paraît considérablement augmentée de volume ; la hanche est peu mobile.

Le 1er mai 1922, évacuation de 30 cmc. de pus roussâtre au niveau du grand trochanter.

Le 11 juin, ouverture large de l'abcès trochantérien.

Le 8 juillet 1922, trépanation du fémur.

Le 19 janvier 1923, trépanation très large du fémur et extraction d'un nombre assez considérable de séquestres fragmentaires et de fongosités osseuses. Débridement de fistules multiples.

Il sort le 11 octobre 1924, encore fistuleux.

OBSERVATION XVII.

D... Pierre, 48 ans. (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite chronique extra-articulaire du fémur. Raideur serrée de l'articulation.

Antécédents héréditaires : Père mort à 69 ans d'hémorragie cérébrale. Mère âgée de 73 ans, bien portante.

Antécédents collatéraux : Un frère âgé de 38 ans, bien portant.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure. Deux enfants bien portants.

Histoire : Le malade a présenté, à l'âge de 13 ans, un abcès de la région trochantériennequiest incisé et guérit vite. A l'âge de 20 ans, nouvel abcès de la même région qui est drainé et guérit aussi en très peu de temps. Pas de boiterie ni de douleurs. A l'âge de 26 ans, douleurs dans la hanche qui l'obligent à rester couché. Il est opéré. La plaie reste fistuleuse jusqu'à ce jour, soit 22 ans. Depuis la première opération, des fusées se sont produites en avant et en arrière qui ont été incisées à maturité et se sont refermées. Il a toujours marché, en se reposant par intermittences lors des incisions des abcès.

Examen : La cuisse est en flexion moyenne, 30° environ. Atrophie musculaire assez marquée. Traces de nombreuses fistules cicatrisées : 15 à la face antérieure, 4 à la face postérieure de la cuisse. A la face externe de la cuisse, on voit une large cicatrice étoilée. Aucun point douloureux. Limitation extrême des mouvements, mais pas d'ankylose. Le trochanter paraît très épaissi.

Forte cypho-scoliose.

La radiographie montre des lésions d'ostéomyélite avec trochanter végétant. La partie supérieure est comblée d'ostéophytes. En dedans du fémur, au-dessous du petit trochanter, on voit une grande coulée d'os nouveau, et dans cette coulée une ligne plus sombre représentant une épine osseuse.

Le malade quitte le sanatorium après deux mois de séjour.

OBSERVATION XVIII.

L... Robert, 15 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite fémorale extra-articulaire bilatérale. Raideur serrée à gauche, limitation des mouvements à droite. Abcès intrapelvien avec fistule vésicalel. Guérison.

Parents bien portants. Le malade est le quatrième d'une famille de six enfants. Les deux premiers sont vivants et bien portants, le troisième est mort à huit mois, d'entérite, le cin-

quième est vivant et en bonne santé, le sixième est mort à trois mois, d'entérite.

Dans les antécédents personnels, on relève une rougeole à l'âge de 4 ans et la scarlatine à 7 ans.

Histoire de la maladie : L'affection actuelle a débuté d'une manière aiguë en juillet 1920 par des douleurs dans la hanche et le genou gauches. En même temps, la température s'élevait. L'enfant reste au lit. La hanche se tuméfie quelque temps après les accidents initiaux.

L'enfant reste au repos absolu. La fièvre diminue progressivement ainsi que la tuméfaction. Les douleurs disparaissent. En novembre, tous les symptômes ont disparu et le médecin autorise le malade à marcher un peu.

En janvier 1921, apparaît une tuméfaction rouge à la face externe de la cuisse. Le médecin parle d'une «menace d'abcès» et fait coucher l'enfant avec une extension continue. Néanmoins, les douleurs augmentent et la température s'élève. Au bout de huit jours, l'abcès menaçant de se fistuliser est ouvert au bistouri et il s'écoule, paraît-il, un demi-litre de pus. L'enfant reste au lit pendant trois mois, après quoi il se lève un peu.

Il fait une chute en mai, sans grande importance. Il va à Mers en juin et y reste jusqu'à la fin juillet, où des douleurs vives apparaissent dans le genou. Il rentre chez lui et y reste immobilisé jusqu'à ce jour.

EXAMEN A L'ENTRÉE (21 décembre 1921).

a) *Membre inférieur gauche* en adduction légère et en rotation externe peu accentuée. Il existe une ensellure de trois travers de doigt, correspondant à une flexion de 30° environ. Tuméfaction légère de la racine de la cuisse ; le triangle de Scarpa est le siège d'une voussure. On voit une fistule au niveau de la région supéro-externe de la cuisse à 5 cm. au-dessous d'une ligne passant par les épines pubiennes. Petits ganglions inguinaux et iliaques. La tête fémorale est augmentée de volume et douloureuse à la pression. La région trochantérienne est également hyperplasiée et douloureuse à la pression appuyée. Le col n'est pas douloureux à la pression.

Il y a plusieurs fistules : une externe, ulcéreuse, à 5 cm. au-dessous du sommet du grand trochanter et adhérente à l'os, et une autre, postéro-externe un peu plus basse.

Pas de douleur à la propulsion de bas en haut. Flexion et abduction absolument impossible. L'articulation est en état de raideur serrée permettant seulement un léger mouvement de rotation externe.

b) *Membre inférieur droit* : Il existe un abcès en dedans et en arrière de la saillie des adducteurs, un peu au-dessous et en dedans du pli fessier. Pas de tuméfaction du triangle de Scarpa ni e la racine du membre. Les muscles de la cuisse ne sont pas atrophiés.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont limités. La flexion est possible jusqu'à l'angle droit, pas au delà. L'abduction est limitée, les mouvements de rotation interne et externe sont normaux.

On ne constate pas de douleur à la pression du fémur, ni au niveau du col ni dans la région trochantérienne. Il existe une très légère douleur au niveau du pubis droit.

Le sacrum et le rachis sont normaux.

L'état général est médiocre. L'enfant est maigre. Les poumons sont normaux. Albumine : 0,50 cgr.

Le 5 janvier 1922, ponction d'un abcès de la cuisse droite qui laisse échapper quelques cmc. de pus. Les jours suivants, on évacue encore du pus sanguinolent.

Le 18, fistulisation. L'abcès se ferme spontanément le 1er mars 1922.

Le 10 février 1922. Albumine : 1 gr. 50. Il souffre de la fosse iliaque gauche : empâtement, sans grande température. Nombreux globules de pus dans l'urine.

Le 31 mars 1922 : *Incision d'une cellulite pelvienne par perforation du cotyle gauche*, par M. le Professeur Le Fort.

La tuméfaction est extrêmement dure et remplit toute la fosse iliaque gauche ; elle s'étend en haut jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic et de là elle s'étend par un contour arrondi, à gauche, vers l'épine iliaque dont la saillie tout à fait supérieure est libre. A droite, elle se dirige vers le milieu de l'arcade de Falloppe. On pratique une incision suspubienne, par laquelle s'écoule un peu de pus. Le doigt enfoncé dans la profondeur aussi loin que possible, arrive dans des tissus durs, scléreux. Une seconde incision est faite au niveau de la partie supéro-externe de la fosse iliaque gauche.

Examen des urines : Urines troubles, amoniacales, faiblement albumineuses. Pas de pus.

Rapidement l'état général s'améliore. Le 22 mai 1922, l'incision sus-pubienne donne encore issue à un peu de pus. Les autres fistules de la cuisse donnent très peu. L'incision de la fosse iliaque, qui n'a d'ailleurs que très peu donné, est cicatrisée depuis longtemps.

Le 2 juin 1922, une fistule ancienne au niveau du grand trochanter se rouvre et donne une quantité assez notable de pus mais se tarit vite. Les trois fistules gauches se ferment vers décembre 1922.

Le 26 *mars* 1923, *seconde intervention* pour enlever une esquille libre en face de l'épine sciatique. Débridement sus-pubien puis débridement dans une ancienne cicatrice en dedans de l'épine iliaque. On extirpe par l'incision sus-pubienne, à la curette courbe, plusieurs fragments osseux. Le péritoine est ouvert sur une petite étendue au niveau de l'incision iliaque.

Le soir de l'opération, urines sanglantes qui s'éclaircissent le lendemain.

Trois mois après, une esquille sort par la plaie opératoire. La plaie sus-publienne reste fistuleuse. Le malade garde le l[illegible]. Au début de mars 1925, le malade remarque que son pansement est souillé par un liquide clair quand il urine, liquide qui n'a pas d'odeur caractéristique.

Il sort le 18 mars 1925, marchant avec des béquilles.

Le malade donne de ses nouvelles le 5 novembre 1925. Les fistules sont taries, l'état général est excellent.

OBSERVATION XIX.

G... Ibrahim, 8 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite chronique cervico-trochantérienne et diaphysaire haute ; ankylose presque complète de la hanche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni collatéraux.

En mars 1922, l'enfant qui, depuis quelques jours, ne se sentait pas très bien, ressentit une nuit de violentes douleurs dans la cuisse droite. Le lendemain, il alla cependant en classe, mais les douleurs devenant très vives, le médecin, appelé, ordonna le repos au lit. Il resta couché six semaines,

puis retourna en classe tout boitant, sur les indications du médecin.

Il continua à fréquenter l'école jusqu'à la fin juillet, pendant les vacances, il marchait en boitant, mais la démarche devenait de plus en plus difficile, et en octobre, il ne pouvait pour ainsi dire plus marcher. Dans le courant de septembre, un abcès s'était ouvert spontanément au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Son médecin ordonne son transfert au Sanatorium de Zuydcoote.

A son entrée (novembre 1922), le membre inférieur droit est en abduction légère associée à un peu de rotation externe. On note une forte ensellure lombaire corrigée par une flexion à 45°. La racine du membre est tuméfiée, la cuisse est très atrophiée. Une fistule siège à la face externe de la cuisse à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Point douloureux vif à la pression exercée dans le triangle de Scarpa et au niveau du grand trochanter. Pas de douleur à la percussion verticale.

La flexion de la cuisse sur le bassin est possible jusqu'à 90°. L'abduction ne dépasse pas un angle de 30° du plan sagittal. La rotation externe est normale. La rotation interne est impossible. Le grand trochanter paraît très augmenté de volume ; à la palpation, il est douloureux ; il est reporté à 2 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton Reser.

On note, d'autre part, l'existence d'un abcès en arrière et au-dessus de la malléole tibiale gauche, avec intégrité de l'articulation tibio-tarsienne.

La cuisse droite est atrophiée, quelques ganglions inguinaux sont hypertrophiés et douloureux ; à la palpation de l'abdomen, on sent rouler sous le doigt des ganglions iliaques, douloureux.

L'état général est satisfaisant.

Radiographie : Fémur d'ostéomyélite. Déformation et épaississement du col, de la région trochantérienne et du tiers supérieur de la diaphyse avec cavité centrale. Séquestres probables. Les lésions s'arrêtent au cartilage diaphyso-épiphysaire de la tête. Intégrité complète du noyau céphalique.

Intervention le 19 janvier 1923 (M. le Professeur Le Fort). Le stylet est introduit dans la fistule qu'on débride. On arrive sur un os irrégulier, que l'on perfore facilement à la gouge

et au maillet. On pénètre dans une cavité d'où l'on extrait, à la curette, plusieurs séquestres assez volumineux.

Le 19 février, le membre inférieur est presque en rectitude (très légère abduction et rotation externe). Les mouvements spontanés ne sont possibles qu'en entraînant le bassin. Les mouvements provoqués de flexion et d'extension ne peuvent s'effectuer que dans un angle de 30°. L'adduction, l'abduction sont presque impossibles, de même que les mouvements de rotation externe et interne. Le trochanter est encore douloureux à la pression. Une fistule persiste à la partie supérieure de la cuisse. Le stylet arrive dans une cavité osseuse, et on a le contact d'os irrégulier et friable.

OBSERVATION XX. (résumée) (1).

B... Louis, 40 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Kyste hydatique de la partie supérieure du fémur et infection osseuse consécutive. Ankylose presque complète de la hanche.

Antécédents : Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Dans ses antécédents personnels, on relève, à l'âge de 19 ans, une angine suivie d'une phlébite double des membres inférieurs.

Histoire : Les premiers symptômes apparaissent en février 1919 constitués par de vagues douleurs dans la cuisse droite survenant et s'exagérant à l'occasion d'efforts prolongés. Fatigue précoce. Ces douleurs augmentent progressivement et 18 mois plus tard (juillet 1920, on porte le diagnostic d'arthrite coxo-fémorale.

---

(1) Cette observation a paru in extenso dans les archives franco-belges de Chirurgie, en février 1926.

Il s'agit d'un kyste hydatique uniloculaire, situé dans une loge osseuse constituée par de l'os infecté, atteint d'ostéïte raréfiante. Ce malade présentait, lorsque nous l'avons vu (trois ans après les premiers symptômes), avant tout des lésions d'ostéomyélite cervico-trochantérienne avec réaction articulaire marquée (ankylose presque complète de la hanche). Les sequestres durs extraits à la première intervention, étaient bien différents des séquestres poreux, vermoulus, décrits par Gangolphe dans le kyste hydatique des os. La suppuration a été sans doute entretenue par la présence des séquestres et de la membrane hydatique, dont l'ablation a été suivie de la guérison.

Nous sommes en présence d'une infection osseuse cervico-trochantérienne développée à la faveur d'une échinococcose osseuse,

On relève dans son dossier militaire l'apparition d'un abcès au voisinage du grand trochanter, 21 mois après les premiers accidents, abcès qu'on ponctionne deux fois.

Deux fois après les premiers signes (février 1921), on ponctionne 14 fois cet abcès à Perpignan. Néanmoins, l'abcès se fistulise en avril 1921 et en juin 1921, cet autre abcès se forme à la face interne de la cuisse qui se fistulise.

Examen (janvier 1922) : La maladie évoluait depuis trois années.

Membre inférieur droit en flexion sur le bassin, légère abduction et rotation externe. Tuméfaction, œdème inflammatoire et coloration rouge sombre des téguments au niveau de la partie supérieure de la cuisse droite. On voit deux fistules à la face antérieure de la cuisse, dans sa portion supérieure, donnant beaucoup.

Etat général bon.

Les mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale sont nuls, mais l'articulation a néanmoins conservé une certaine mobilité : les mouvements provoqués d'abduction et d'adduction, de flexion et d'extension sont possibles dans un angle de 30°.

Radiographie : Au niveau du grand trochanter, large tache claire, de forme ovoïde. En dehors, séquestre arrondi, de la taille d'un petit œuf de poule.

Intervention le 5 mai 1922. On enlève deux séquestres libres, durs ébernés. Drainage.

Après cette intervention, amélioration rapide, mais le 4 juin élévation thermique et frissons, mais tout rentre dans l'ordre.

En novembre 1922, petit abcès à la partie externe du triangle de Scarpa qui guérit rapidement après incision. La cicatrisation est presque complète.

En février 1923, nouvel abcès au même endroit, indolore. La ponction ramène 100 à 120 cmc. de liquide roussâtre, séreux, stérile à l'examen direct et à la culture.

Nouvelle intervention le 13 avril 1923. On pénètre dans une cavité osseuse dont les parois sont relativement friables. On retire quelques débris osseux, mais pas d'hydatides.

La cicatrisation s'effectue rapidement.

En août 1923, un nouvel examen radioscopique montre une extension des lésions osseuses,

On intervient à nouveau le 22 août 1923. On curette la cavité osseuse, on extrait d'abord des parcelles d'os nécrosé puis une membrane blanche, de consistance relativement molle. L'examen histologique montre qu'elle est constituée de couches concentriques hyalines.

Après cette dernière intervention, la cicatrisation est très rapide et le malade quitte le sanatorium, guéri, le 17 novembre 1923.

OBSERVATION XXI.

L... Marcel, 11 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite trochantérienne chronique, peut-être greffée sur une syphilis osseuse, avec réation articulaire passagère. Guérison avec intégrité des mouvements de la hanche.

Parents bien portants.

Le malade a encore un frère et trois sœurs. Deux sœurs sont mortes d'affection inconnue.

Histoire : En décembre 1921, le petit malade s'est aperçu de l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une grosse noix, au niveau de la région trochantérienne droite. Cette tumeur, indolore spontanément, est très douloureuse à la pression. Au même moment, l'enfant commence à boiter et éprouve une certaine douleur dans la hanche droite quand il marche. Des phénomènes généraux font leur apparition, la température s'élève. L'enfant garde le lit.

Un médecin ordonne le repos au lit et incise la tumeur.

Quatre mois plus tard (mars 1922), l'écoulement purulent jusque là minime, devient extrêmement abondant et nécessite le changement des pansements tous les deux jours.

Quelque temps après (mai 1922), l'enfant peut se lever, il marche correctement et fréquente l'école. Mais deux mois plus tard (juillet 1922), une nouvelle tuméfaction apparaît à l'endroit où la première avait déjà pris naissance. Le petit malade se conche, les phénomènes généraux reparaissent. Il a de la fièvre, des frissons, de l'anorexie, parfois des vomissements, de la céphalée.

Il entre le 5 octobre 1922 dans le service de M. le Professeur Le Fort.

Examen : Etat général médiocre. L'enfant est pâle, maigre, les muqueuses sont décolorées. La température est normale.

Au niveau du membre inférieur droit, on note l'existence de trois fistules siégeant sur la face externe de la cuisse. Ces fistules sont petites, il s'en écoule un peu de sérosité, mais elles ne présentent pas le caractère de fistules bacillaires.

La cuisse droite est augmentée de volume, recouverte de varicosités superficielles. Elle est en demi-flexion sur le bassin, en légère abduction. Toute la région inguino-crurale est empâtée, à ce niveau la circulation collatérale est développée. Le col et le trochanter paraissent épaissis et douloureux à la pression.

Les mouvements de la hanche sont limités. La flexion s'arrête à l'angle droit, l'abduction est presque impossible. Les mouvements de rotation externe et interne sont peu modifiés.

Première opération le 10 octobre 1922 (Dr Piquet), sous anesthésie chloroformique. Incision des téguments suivant une ligne partant au-dessous du grand trochanter et se dirigeant vers l'épine iliaque postéro-supérieure. Dénudation et rugination du fémur un peu au-dessous du trochanter et d'une partie du col. Les portions osseuses nécrosées sont curettées largement. Il s'agit d'ostéite raréfiante avec séquestres parcellaires.

Les lésions prédominent au niveau du grand trochanter et du col fémoral dans sa portion inférieure. La tête fémorale ne présentant pas de lésions visibles à la radiographie, on s'abstient d'aller plus loin. La plaie est laissée largement ouverte.

Suites : La suppuration n'est pas très abondante.

Le 6 janvier, une fistule se reforme dans la cicatrice. Le stylet introduit dans cette fistule arrive sur de l'os dénudé.

La radiographie montre l'existence d'un séquestre.

Nouvelle intervention le 22 janvier 1923 par M. le Professeur Le Fort. Incision des téguments suivant le tracé de Langenbeck. On arrive sur le col fémoral. Au voisinage du trochanter, on enlève un petit séquestre et l'on curette l'os nécrosé.

L'enfant quitte l'hôpital quelques mois après, encore fistuleux.

Le malade est revu en février 1926. La partie supérieure du fémur paraît guérie. Les fistules sont taries. La hanche est libre. Au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du fémur, on voit une petite fistule d'origine osseuse

donnant issue à du pus séreux. Bien que le wassermann ait été négatif, on institue un traitement spécifique.

OBSERVATION XXII.

H... Hector, 9 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite trochantérienne avec réaction articulaire passagère de la hanche. Guérison avec liberté des mouvements de la hanche.

Antécédents : Parents vivants bien portants. Ils ont eu trois enfants. Le premier est mort en bas âge, le second est celui qui fait l'objet de cette observation, le troisième est en bonne santé.

Rien à signaler dans les antécédents personnels du malade.

Le début de l'affection qui a motivé son admission à l'hôpital Saint-Sauveur, semble devoir remonter à plusieurs années. Le 15 novembre 1918, le patient ressentit un matin, au moment d'aller à l'école, une douleur intense dans la hanche droite, sans traumatisme initial. Il se trouve dans l'impossibilité absolue de marcher, et doit se coucher immédiatement. En même temps que la douleur apparaît un peu de fièvre, quelques frissons. L'enfant n'a pas d'appétit, il a des nausées, de la diarrhée.

Un médecin appartenant à une formation sanitaire cantonnée dans le voisinage est appelé aussitôt, et voit l'enfant le jour même. Il parle de coxalgie, prescrit un traitement médical en raison de la gravité des phénomènes généraux qui avaient seuls attiré son attention, mais n'institue aucun traitement local. La fièvre et les divers troubles de l'état général persistent sans la moindre atténuation pendant environ une semaine. L'enfant garde toujours le lit.

Huit jours après le début des accidents, un nouveau médecin porte encore le diagnostic de coxalgie aiguë et applique un appareil à extension continue. Très rapidement les phénomènes généraux s'amendent ; bientôt l'enfant ne souffre plus de sa hanche. Six mois après, l'appareil à extension est enlevé et le petit malade peut marcher sans la moindre difficulté, ne boitant nullement.

Complètement guéri en apparence, l'enfant fréquente l'école et joue avec ses petits camarades sans jamais se ressentir, pendant environ deux ans et demi, de la maladie qui avait nécessité une immobilisation prolongée.

Le 21 août 1921, il tombe à nouveau malade, et il présente des symptômes analogues à ceux qui avaient été précédemment observés.

Un matin, subitement, il est pris d'une vive douleur dans la hanche droite, il s'alite, et des phénomènes généraux graves font leur apparition. Il a des frissons de la fièvre de la céphalée des nausées, de la diarrhée. Cet état persiste, en s'atténuant un peu, il est vrai, pendant une quinzaine de jours, et à ce moment il est admis à Saint-Sauveur dans le service de M. le Professeur Le Fort (6 septembre 1921).

Il s'agit d'un sujet d'apparence assez robuste, se plaignant vivement de son membre inférieur droit. Celui-ci est en abduction légère, la cuisse un tant soit peu fléchie sur le bassin, le pied en rotation externe. La hanche est absolument immobilisée. Les mouvements spontanés sont impossibles, les mouvements provoqués peuvent encore s'effectuer dans une certaine mesure, mais au prix d'une vive douleur. Toute la partie supérieure de la cuisse est œdématiée, un peu rouge au niveau de la face externe et supérieure de la cuisse. La pression exercée sur cette région est extrêmement douloureuse.

Cependant les phénomènes généraux sont minimes. La température ne dépasse pas 37°8, et pourtant l'enfant se plaint de malaises vagues, de céphalée, d'inappétence, etc...

Quelques jours plus tard la température s'élève et le 13 septembre, elle atteint 38°5. Localement on remarque, un peu en arrière du grand trochanter une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse dont la partie centrale ne tarde pas à devenir fluctuante.

La radiographie, effectuée le 8 septembre 1921, avait montré l'existence d'une lésion du grand trochanter, d'apparence ostéomyélitque.

La diaphyse fémorale, dans sa partie immédiatement adjacente au cartilage conjugal trochantérien est obscure, épaissie, et l'on voit même un tout petit séquestre qui semble vouloir se détacher au-dessous du cartilage conjugal du grand trochanter, en cet endroit fortement élargi. L'articulation coxo-fémorale paraît intacte.

Une première intervention est faite le 14 septembre 1921 (Dr Leclerq). Les téguments sont incisés à la face postérieure de la cuisse, à l'endroit où apparaissent les signes d'une col-

lection suppurée. Aussitôt après l'ouverture des plans superficiels du pus s'écoule au dehors.

L'extrémité supérieure du fémur paraît un peu friable, atteinte d'ostéite raréfiante. Un coup de curette est donné dans l'os. On n'extrait pas de séquestres.

La température, de 38°5 le jour de l'opération, retombe le lendemain à 37°5 et oscille régulièrement entre 37°5 et 38°. La plaie se referme, l'état général est satisfaisant.

Le 19 octobre, la température remonte le matin à 38°5 et atteint le soir 39°2. Elle reste aussi élevée le lendemain, et le 22 elle est de 40°. Le 24 octobre, elle retombe à 37°5, mais remonte à 39° dès le lendemain. Avec cette élévation thermique étaient apparus divers phénomènes généraux : céphalée, inappétence, nausées, etc...

Nouvelle intervention le 26 octobre 1921. Une incision est effectuée parallèlement à l'axe du fémur, partant du grand trochanter et s'étnedant sur le tiers supérieur de la cuisse. L'os est trépané. On ne trouve pas de pus, mais la moelle est congestionnée, de couleur violacée. Une contre-ouverture est faite au niveau de la pointe du triangle de Scarpa et un drain est mis en place.

La plaie se referme lentement, l'écoulement purulent diminue et le petit malade quitte le service le 30 avril 1922, avec une petite fistule trochantérienne. Celle-ci est tarie un mois après sa sortie de l'hôpital.

Le sujet est revu en mars 1923. Le membre inférieur droit est dans la rectitude. On note un peu d'ensellure lombaire. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont à peu près normaux. Seule l'abduction est un peu limitée. L'abduction, la rotation externe, la rotation interne sont normales. Il n'y a pas de raccourcissement. Au contraire, la mensuration montre un allongement du membre inférieur droit de 1 cm. $\frac{1}{2}$ environ.

L'enfant boite quelque peu par suite de l'allongement du membre inférieur. Au demeurant il est dans un état de santé parfaite.

OBSERVATION XXIII.

H... Marcel, 17 ans (Sanatorium Vancauwenberghe). Ostéomyélite trochantérienne (peut-être greffée sur une lésion syphilitique) avec limitation des mouvements de la hanche.

Antécédents héréditaires : Père mort accidentellement. Il aurait eu autrefois après une chute survenue au régiment, une arthrite chronique de l'épaule « spécificité » dit le certificat médical.

Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Un frère de dix ans bien portant.

Antécédents personnels : Congestion pulmonaire à 15 mois. Coqueluche à 4 ans, scarlatine à 6 ans, rougeole à 11 ans.

Histoire : Début très brusque, le 12 novembre 1922. Frissons, fièvre, douleurs vives à la hanche droite. Pendant cinq mois, le malade garde le lit, la fièvre ne tombe pas. La région de la hanche se tuméfie considérablement. Le 21 février 1923, le médecin l'envoie à Hendaye.

Trois semaines avant son arrivée au Sanatorium, une collection suppurée s'ouvre spontanément à la face externe de la cuisse (elle ne s'est jamais refermée). Un mois et demi après, gonflement du tiers inférieur de la cuisse gauche, fièvre, abcès, ponction bilatérale avec injection. Du pus s'écoule en abondance ; fistulisation bilatérale 3 jours après. Depuis suppuration intermittente.

En même temps, un abcès se forme au-dessus de la malléole interne de la jambe gauche qui s'est ouvert spontanément. Il est cicatrisé depuis 5 mois.

Le repos absolu n'a pour ainsi dire jamais été observé (sauf pendant les cinq premiers mois).

A son entrée à Zuydcoote (9 mars 1924).

a) *Cuisse droite* : Grosse tuméfaction du grand trochanter, 3 fistules dont deux suppurent beaucoup, deux autres fistules à la face antéro interne de la cuisse : une à 5 cm. environ du pli génito crural sur la saillie des adducteurs ; grand trochanter doublé de volume, douloureux ainsi que le tiers supérieur du fémur.

La cuisse est atrophiée et maigre.

Tête fémorale un peu douloureuse ; flexion limitée de l'articulation de la hanche (ne dépasse pas 45°) la limitation ne paraît pas due à la douleur mais au blocage osseux. Ganglions assez gros au niveau de l'arcade de Fallope, petit ganglion iliaque.

b) *Membre inférieur gauche* : Fistule interne un peu au-dessus du condyle interne du fémur, et légère limitation

des mouvements du genou. Etat sub-fébrile habituel avec poussées au-dessus de 38° de temps en temps.

Du 26 juin au 27 août 1924, de nombreuses esquilles — certaines assez volumineuses — sortent par une des fistules trochantériennes. Chacune de ces expulsions osseuses est précédée et accompagnée d'une poussée thermique vers 38°5 et 39° pendant quelques jours. La suppuration devient très abondante dans le courant de septembre 1924.

Intervention le 14 octobre 1924 : Curage et ablation de nombreux séquestres du grand trochanter droit. Débridement de la fistule interne. Contre-ouverture antérieure (à l'endroit où se trouve une poche communiquant avec la fistule interne).

Suites normales : Toutes les autres fistules se referment, mais la hanche droite continue à suppurer. Une nouvelle intervention est décidée.

Le 12 octobre 1925, intervention par M. le Professeur Le Fort. Ouverture. Trépanation par voie externe avec contre incision antérieure du foyer de l'extrémité supérieure du fémur droit. Ablation de nombreux séquestres et fongosités. Régularisation de la cavité osseuse.

Suites normales : Peu de jours après l'opération, la température tombe et se maintient autour de 37°. Il ne reste qu'une fistule externe donnant peu de pus.

Le 18 janvier 1926, réapparition d'un point douloureux à la pression en arrière et au-dessous de la cicatrice vers le bord postérieur du grand trochanter.

OBSERVATION XXIV.

F... Kléber, 18 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite trochantérienne traitée par vaccinothérapie. Guérison avec conservation totale des mouvements de la hanche.

Antécédents héréditaires : Père mort en 1918 de la grippe. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Cinq enfants nés vivants, le malade est le cinquième. Les trois premiers sont bien portants, le quatrième, une fille de 19 ans, a eu de la pleurite et de la péritonite et a fait un séjour de 14 mois à Hyères; elle va bien maintenant.

Antécédents personnels : Rougeole à l'âge de huit ans. Travaille comme typographe depuis l'âge de 13 ans.

Histoire : Le 17 août 1924, à 18 heures, le malade ressentit de vives douleurs dans la hanche gauche. Il continue à marcher et à vaquer à ses occupations habituelles pendant trois jours au bout desquels il est obligé de se coucher. Il souffre violemment toute la nuit. Le lendemain un médecin est appelé ; il parle de « rhumatisme » et le traite, pendant 17 jours, avec des frictions à l'huile salycilée. A ce moment, un chirurgien est appelé. Il voit le petit malade 23 jours après le début de la maladie, le 9 septembre, et fait de la vaccinothérapie antistaphylococcique (Hôpital d'Argentan). Du 12 septembre au 23 octobre 1924, six injections de vaccin sont effectuées. A la sortie de l'hôpital, le malade souffrait peu, mais avait encore un point douloureux. Il continue à voir le chirurgien tous les 15 jours : Nouvelle série vaccinale de 6 piqûres en novembre. Amélioration mais persistance de points douloureux. Ensuite, la douleur augmente progressivement, une plaque rouge apparaît sur les téguments, la partie supérieure de la cuisse est tuméfiée surtout dans la région trochantérienne.

Le malade est alors renvoyé au chirurgien, qui fait une incision au niveau de la partie supérieure du fémur, sans anesthésie, et évacue à la curette de la sérosité et des caillots. Dix jours plus tard (23 jours après le curettage), une nouvelle poussée très douloureuse apparaît.

L'enfant est transporté à l'hôpital en vue d'une intervention le 29 mai 1925. Le chirurgien n'opère pas, mais refait de la vaccinothérapie : 7 piqûres tous les deux jours). Le malade eut de la fièvre pendant 13 jours, puis la température tomba. Le 21 juin, il quitta l'hôpital, toujours suppurant.

Depuis ce dernier séjour, il est sorti 4 esquilles de la plaie. La plaie se cicatrise après la sortie des deux dernières esquilles (3-4 septembre 1925).

Etat actuel : On voit une cicatrice à la face externe de la cuisse gauche, de la dimension d'une pièce de cinq francs, à 10 cm. du bord supérieur du grand trochanter. Le trochanter est épaissi. Ses dimensions transversales sont de 6 cm. du côté sain et de 9 cm. du côté malade. Le grand trochanter est épaissi et élargi jusqu'au voisinage de la cicatrice.

L'atrophie musculaire est minime. Il n'y a pas de douleurs ni spontanées, ni provoquées. La hanche est absolument libre ; l'abduction, la flexion et les mouvements de rotation s'effectuent dans leur intégralité. La marche est normale.

OBSERVATION XXV.

R... Antoine, 17 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite trochantérienne. Guérison avec limitation des mouvements de la hanche.

Antécédents personnels : Scarlatine dans l'enfance.

Histoire : Le début remonte à 1920. A la suite d'une chute, serait apparue une ostéomyélite de la jambe droite, puis des ostéomyélites multiples. Il a été opéré en 1922 à l'hôpital de Mulhouse.

Examen (le 11 mars 1925).

Il existe trois foyers d'ostéomyélite, le premier au tibia, le second à l'humérus droit, le troisième au niveau de la région trochantérienne.

En cet endroit, on constate une tuméfaction des téguments et un épaississement osseux douloureux à la pression. Le trochanter paraît remonté. Il y a une petite fistule conduisant sur le trochanter.

On note une raideur marquée de l'articulation de la hanche. La flexion ne va pas jusqu'à l'angle droit. L'abduction et l'adduction sont bloquées. Quelques mouvements de rotation externe et interne.

Le 25 mars, réveli du foyer huméral qui est incisé, puis incision d'urgence d'un foyer d'ostéomyélite de l'angle du maxillaire inférieur.

Le 19 septembre, curettage de la fistule de l'extrêmité supérieure du fémur gauche, et incision sur le trochanter qu'on curette.

Cicatrisation rapide.

OBSERVATION XXVI.

B... Arthur, 17 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite chronique totale du fémur (probablement chez un hérédo-syphilitique). Ankylose de la hanche.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux : Trois enfants nés vivants. L'aînée est morte à un mois ; une fausse couche de un mois.

Antécédents personnels : Né à terme. Aucune maladie antérieure.

Histoire : Le 18 février 1919, les parents remarquent que l'enfant, qui traînait la jambe gauche depuis quelque temps,

ne peut aller plus loin. Il reste couché jusqu'en décembre 1919. A ce moment, un abcès se forme à la face postérieure de la cuisse. L'enfant souffrait beaucoup et se plaignait nuit et jour pendant la période d'alitement. L'abcès, ouvert spontanément depuis décembre 1919, a donné naissance à une fistule par laquelle sortent de temps à autre de petits séquestres.

Etat actuel (26 juin 1920) : La hanche gauche est complètement ankylosée en flexion. Forte ensellure, adduction assez marquée. Aucune douleur articulaire. Tuméfaction énorme, non douloureuse de tout le fémur gauche ; le grand trochanter est doublé de volume. Le gonflement est très marqué au niveau de moitié inférieure de la diaphyse ; dans cette région, le fémur est régulier, fusiforme et il a presque quatre fois le volume de son congénère. Les condyles sont normaux. Les muscles de la cuisse sont très atrophiés. A la face externe de la cuisse, à 11 cm. au-dessous du sommet du grand trochanter et un peu en arrière, fistule un peu bourgeonnante, adhérente à la profondeur, qui laisse échapper un peu de sérosité sanguinolente. Bon état général. Incisives médianes supérieures très usées, encoche médiane. Rien d'anormal du côté des appareils visuel et auditif.

Le Wassermann est négatif.

Le 30 août 1920, une petite collection se forme au-dessus de la fistule, ne se vidant pas par elle. Ponctions.

L'enfant est soumis, à partir du 6 octobre 1920, au traitement spécifique (benzoate de mercure).

Un séquestre s'élimine par la fistule le 1er novembre et un autre le 20 novembre.

Le 11 mars 1921, une fistule apparaît au tiers inférieur de la cuisse ; les deux fistules supérieures donnent toujours un peu de pus. Le 22 octobre 1921, un gros abcès se forme à la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche. Dans le pus prélevé par ponction on trouve, à la culture, du staphylocoque doré. Plusieurs ponctions donnent issue à du pus sanguinolent.

Une radiographie le 24 février 1922 montre l'existence des lésions osseuses qu'on peut attribuer à la syphilis ou à de l'ostéomyélite simulant une coxalgie. Lésions acétabulaires et sous-acétabulaires, un peu d'usure de l'acétabulum ; la tête est subluxée, l'extrémité supérieure du fémur est énorme. On voit un séquestre au voisinage du petit trochanter.

Le 31 mars 1922, intervention. Trépanation du fémur au niveau du tiers supérieur et de tiers inférieur. Ablation d'esquilles.

Le malade sort le 29 décembre 1922. Les fistules donnent peu.

OBSERVATION XXVII.

Al... Gaston, 21 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite cervico-trochantérienne (ou ostéo-arthrite aiguë directe). Guérison avec ankylose de la hanche.

Antécédents héréditaires : Père bien portant, mère décédée il y a très longtemps de suites de couche.

Il est le cadet de cinq enfants ; tous les autres sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, on ne relève aucune maladie grave antérieure.

Histoire de la maladie : Début brusque en juillet 1916. Un matin, le malade âgé de 15 ans, qui avait travaillé la veille, ne peut se lever et une tuméfaction rouge très douloureuse apparaît au niveau de son sacrum. Il est radiographié et conduit de suite à l'Hôpital civil de Watten où il est immédiatement opéré par un chirurgien anglais. Trois incisions sont pratiquées : l'une au niveau de la fosse iliaque droite, l'autre dans la région fessière, à deux travers de doigt du grand trochanter, la troisième au niveau de la région sacrée latérale droite, sur le prolongement inférieur de l'articulation sacro-iliaque.

Les deux premières incisions cicatrisent très vite. La troisième reste longtemps fistuleuse. Il reste à l'hôpital pendant un an, au repos avec un appareil plâtré prenant jusqu'à mi-cuisse. Il sort cicatrisé. Il marche avec des béquilles pendant trois mois et travaille jusqu'à l'entrée au Sanatorium. La fistule sacrée latérale s'est réouverte il y a deux mois.

État actuel : Ankylose de la hanche droite en flexion. Le membre posant sur le plan du lit, l'ensellure dépasse la largeur de la main. Adduction moyenne et rotation externe très légère. Pas de douleurs. Atrophie de la cuisse. Pas de raccourcissement. La hanche n'est pas luxée. Bon état général.

En décembre, on note que la fistule sacrée latérale droite s'est réouverte (15 décembre) et donne un peu.

Le 4 mai 1923, la radiographie montre une bascule du bassin, une subluxation pubio-pubienne ; le fémur est en flexion et rotation externe. L'articulation est floue. La fistulette posté-

rieure siège bien au niveau de l'interligne sacro-iliaque, et elle en vient probablement.

Il sort le 1er novembre 1923, suppurant encore un peu.

Il revient au Sanatorium le 28 mai 1924, ne suppurant plus depuis le 12 novembre 1923. Il est opéré le 24 juin 1924 d'ostéotomie sous-trochantérienne. Bon résultat opératoire.

Il sort le 19 octobre 1924 en rectitude.

Depuis juillet, albumine dans les urines : 1 gr. environ à la sortie.

OBSERVATION XXVIII.

V... Paul, 15 ans (Sanatorium Vancauvenberghe). Ostéomyélite chronique à foyers multiples. Ankylose de la hanche gauche.

Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose pulmonaire, mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Deux frères vivants bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole à 5 ans et dans le courant de la même année, ictère pendant quatre jours.

Histoire : Début brusque en février 1923. L'enfant a ressenti subitement des douleurs un peu partout. Il avait de la fièvre, il était dans l'impossibilité de remuer les bras et les jambes, il criait, avait du délire. Il reste six nuits sans dormir. Les symptômes s'atténuent, mais pendant six semaines l'enfant continue à souffrir de douleurs, tantôt aux genoux, tantôt aux coudes. Au bout de 3, 4 mois on s'aperçut que la cuisse gonflait, prenait une coloration bleuâtre. En août 1923, apparition spontanée de trois fistules à la partie inférieure du fémur droit. Un peu plus tard, fistule à la partie inférieure du genou gauche (tibia). Enfin on note l'apparition, il y a trois semaines, à la partie supérieure du fémur gauche, d'accès qui se fistulisent rapidement. Il n'est pas possible de faire préciser si la partie supérieure du fémur a déjà été le siège d'une suppuration osseuse.

A son entrée, le 14 mai 1924, l'enfant présente :

1° Une tuméfaction régulière de la moitié supérieure du tibia gauche. Il existe une fistule à la face antéro-interne donnant issue à un peu de pus. Légère douleur à la pression. La flexion du genou est possible jusqu'au delà de l'angle droit.

2° Gonflement douloureux du tiers inférieur du fémur droit, deux fistules externes.

La limitation de la flexion du genou tient au blocage osseux uniquement ;

3° *Hanche gauche ankylosée* en adduction telle que l'axe du corps, prolongé, coupe le fémur gauche à l'union de son tiers moyen avec le tiers inférieur. Légère rotation interne. Fistulettes à la face antérieure du tiers supérieur de la cuisse. Douleur à la pression de la tête fémorale au trangle de Scarpa. Pas d'hypertrophie du grand trochanter ;

4° Tuméfaction diffuse, fluctuante par places, sans modifications de la coloration de la peau, occupant la moitié postéro-inférieure de l'hémithorax droit. On découvre un point osseux, assez douloureux au niveau de l'angle de la 10e côte ;

5° Hypertrophie non douloureuse du tiers inférieur de l'humérus gauche. Les mouvements du coude sont limités ;

6° Limitation des mouvements du coude driot. On ne constate ni hypertrophie osseuse ni signes d'arthrite ;

7° Douleur à la pression en un point limité de la partie moyenne de l'humérus droit ; à ce niveau, deux fistules.

Etat général satisfaisant. Température habituellement subfébrile (37°8 - 38°).

Entre les mois de mai 1924 et d'octobre 1925, on assiste au réchauffement successif des lésions de l'humérus droit, du tibia, de l'humérus gauche, etc... nécessitant des ponctions, des interventions limitées.

Depuis juin 1924, le malade est mis au sirop de Gibert et à l'iodure de potassium, bien que le wassermann ait été négatif.

Le 10 août 1925, un abcès se forme au niveau de la fesse gauche, provenant d'une lésion de l'os iliaque de ce côté, qui s'ouvre et se fistulise malgré plusieurs ponctions.

Actuellement (janvier 1926). Les lésions des deux coudes sont cicatrisées, la mobilité articulaire est complète.

La fistule fessière donne beaucoup. La fistule fémorale supérieure gauche suppure parfois assez abondamment.

OBSERVATION XXIV.

M... Suzanne, 11 ans (Sanatorium Vancauwenberghe). Ostéomyélite chronique intéressant tout le fémur droit. Ankylose presque totale de la hanche droite.

Aucun renseignement sur les antécédents. La maladie remonterait à 5 mois — c'est tout ce que l'on peut savoir.

Examen : (3 septembre 1919). Ostéomyélite du fémur droit. Suppuration abondante et fétide par une fistule siégeant à la face antéro-externe de la cuisse, au centre d'une cicatrice d'intervention (la malade aurait été opérée deux fois). Incuration considérable du fémur à convexité antérieure. Mouvements de la hanche et du genou presque abolis. Attitude en rotation externe très marquée.

Cicatrice d'un bec de lièvre opéré. Bon résultat.

Etat général médiocre ; rien aux poumons.

La radiographie montre un séquestre long d'une quinzaine de centimètres et constitué par la totalité du corps de la diaphyse fémorale, englobée dans de l'os nouveau (cette radiographie manque dans notre collection).

Une intervention est décidée.

Le 24 octobre 1919, *intervention* (Dr Rottenstein).

Incision externe étendue de la base du grand trochanter à l'épiphyse fémorale inférieure, décollement du périoste. Ouverture de l'os au ciseau et au maillet. Immédiatement, s'écoule environ une cuillerée à soupe de pus fétide. On tombe dans une cavité contenant un grand nombre de petits séquestres libres, de fongosités et on trouve un long séquestre constitué par la totalité de la diaphyse fémorale, qui est facilement extrait. Il reste en haut et en bas de l'os nouveau poreux, imbibé de pus ; cet os est réséqué aussi bas que possible, en évitant de toucher au cartilage de conjugaison. On opère de même en haut où la base du grand trochanter est abrasée jusqu'aux tissus sains, et l'intérieur curetté. On enlève les nombreux séquestres qui le remplissaient.

Pansement de Dakin pendant 48 heures ; la cuisse est mise en extension continue.

On installe un drainage Carrel, qui reste jusqu'au 12 novembre.

Le 29 décembre 1919, l'enfant est atteint des oreillons.

Le 26 février 1920, il ne persiste qu'une petite fistule suppurant assez abondamment. La température s'élève tous les soirs à 38°.

Cette fistule laisse échapper fréquemment de petits séquestres et se referme définitivement dans le courant de janvier 1922. La marche est reprise prudemment. Le membre inférieur est en rotation externe, le genou est fléchi et en genu-valgum.

En septembre 1923, un abcès reparaît près du genou ; on fait plusieurs ponctions.

En mai 1924, la température s'élève à 39°4, le genou est globuleux, douloureux, mais cet épisode aigu ne donne pas de suppuration et la marche est reprise au début de juin 1925.

Actuellement (le 21 janvier 1926), la hanche est ankylosée, le genou est en flexion genu-valgum, le pied en rotation externe. La marche est très difficile.

Observation XXX.

L.... André, 14 ans (Sanatorium Vancauwenberghe). Ostéomyélite bitrochantérienne du fémur gauche (à staphylocoque blanc). Guérison avec une très minime limitation des mouvements de la hanche.

Antécédents héréditaires : Père bien portant — tousse un peu depuis la guerre. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Trois frères — deux bien portants ; l'aîné, âgé de dix-huit ans, tousse, maigrit et ne travaille plus.

Antécédents personnels : Rougeole en 1916.

Histoire : Début en mars 1918, reçoit un coup sur la nuque, à la suite de quoi un obcès survient au côté gauche du cou, et aurait été incisé. Trois ou quatre jours après, il se plaint de la partie supérieure de la cuisse gauche, où apparaît une tuméfaction, qui disparaît au bout de 12 jours de pansements humides. Bonne santé jusqu'en août 1921 où il se plaint à nouveau de la cuisse gauche où un abcès se forme, nécessite de nombreuses ponctions qui donnent du pus jaune ; la dernière ponction a eu lieu il y a deux mois. Vers la même époque apparaît, à la partie inférieure de la même cuisse, une tuméfaction qui s'abcède et s'ouvre spontanément.

Quelque temps auparavant était apparue une tuméfaction suivie d'une fistule au coup de pied droit.

Le début n'aurait jamais été brusque, mais lorsque les lésions subissaient une poussée, l'enfant avait de la fièvre.

Examen à l'entrée : le 16 septembre 1922.

1° Ostéite de l'extrémité inférieure du tibia droit, épaississement de la malléole interne, petite fistule. Articulation indemne ;

2° Ostéite du tiers inférieur du fémur gauche, fémur épaissi douloureux. Une petite fistule. Les mouvements du genou sont

limités par le blocage osseux. Cuisse gauche plus volumineuse que la droite.

Enfant un peu pâle, maigre. Rien aux poumons, non fébrile.

De novembre 1922 à juin 1923, la lésion tibiale s'est réchauffée, a suppuré assez abondamment, et s'est refermée.

Au début de juillet 1923, apparition d'un petit abcès à la partie moyenne de la cuisse gauche, qui est ponctionné plusieurs fois.

Examen bactériologique : Leucolytes polynucléaires intacts. Staphylocoque blanc.

L'abcès se fistulise le 23 mars 1924.

Le 17 août 1924, nouvelle poussée inflammatoire au niveau de la malléole interne. Un abcès contenant une grande quantité de pus s'ouvre spontanément. Il se forme une fistule qui guérit spontanément au début de novembre 1924.

La radiographie ayant montré l'existence d'une trochantérite du fémur gauche, avec irrégularité de la tête fémorale et la fistule fémorale continuant à donner issue à du pus, on décide d'intervenir sur la partie supérieure du fémur.

Intervention le 23 février 1925 par Monsieur le Professeur Le Fort. Incision externe. La lésion siège à la face postérieure du grand trochanter et s'étend sur toute la ligne bitrochantérienne postérieure jusqu'au petit trochanter. Au niveau de celui-ci on retire un séquestre gros comme une noisette.

Drainage.

Suites : La cicatrisation de la plaie poératoire est réalisée le 5 mai 1925, mais le 19 mai apparaît un gros abcès à la face antérieure de la cuisse qui est ponctionné huit fois. Cet abcès doit finalement être incisé et drainé (30 juin 1925).

Enfin, en septembre, une esquille sort de cette fistule, qui guérit alors rapidement.

Le malade est complètement guéri en février 1926. Il marche très facilement, la mobilité articulaire est à peine altérée. Il va quitter le sanatorium.

OBSERVATION XXXI.

C... Elie, 41 ans (communiquée par Monsieur le Professeur Le Fort). Ostéomyélite trochantérienne avec propagation du col fémoral. Ankylose complète de la hanche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de décembre 1917. A ce moment, le malade a eu un anthrax dans la région lombaire gauche, puis des douleurs dans le domaine du sciatique et enfin un phlegmon périnéphrétique, qui a été ouvert le 27 décembre 1917. La cuisse droite était en flexion. On fait alors un redressement sous chloroforme et on applique un appareil plâtré, qui est laissé en place pendant huit mois.

Dès juillet 1918, des abcès sont apparus au niveau de la partie supérieure de la cuisse, qui était le siège d'une tuméfaction énorme.

Il est ensuite soigné à Limoges. A ce moment, la hanche est complètement ankylosée, le membre inférieur est en rectitude. Les abcès ont été complètement fermés pendant 6 mois, mais depuis 6 mois, ceux-ci se sont ouverts à nouveau, à diverses reprises.

Il a eu la grippe il y a un mois, et à ce moment, un nouvel abcès s'est formé au voisinage du grand trochanter. Cet abcès a été incisé.

Une première injection de vaccin (Propidon) est faite fin mars et ne donne pas de réaction très vive.

Examen le 7 avril 1921.

La hanche est complètement ankylosée. La partie supérieure de la cuisse est tuméfiée, douloureuse à la pression, fistuleuse. Le membre inférieur est dans la rectitude.

Injection de vaccin (Propidon) le 8 et le 12 avril, qui provoque une réaction très vive. Le médecin traitant ouvre un abcès au niveau de la face externe de la cuisse sous le trochanter.

Le 12 mai, l'abcès est presque complètement cicatrisé.

La radiographie montre que les lésions sont trochantériennes et s'étendent vers le col fémoral.

Le malade refuse toute intervention, se trouvant suffisamment amélioré.

3e Groupe

LES OSTEOMYELITES DE LA BRANCHE ISCHIO-PUBIENNE

OBSERVATION XXXII.

D... François, 11 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite de la branche ischio-pubienne, avec réaction passagère de l'articulation de la hanche. Guérison sans ankylose.

Un jeune garçon de 11 ans entre le 10 janvier 1921 à la clinique chirurgicale infantile parce qu'il éprouve des douleurs dans la hanche gauche s'accompagnant de fièvre et troubles de l'état général.

Histoire : Il y a huit jours, le petit malade qui, jusqu'alors, avait toujours été bien portant ressentit de vives douleurs dans la hanche gauche. La marche fut rapidement difficile. L'enfant présentait des troubles de l'état général, des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie l'obligeant à garder le lit.

Examen : L'état général est sérieusement atteint. Le faciès est terreux, les pommettes rouges, les lèvres sèches, la langue saburrale. La température est de 38°5, le pouls est rapide.

Sur le thorax et les membres supérieurs, les téguments desquament. L'enfant affirme n'avoir pas été malade avant d'avoir présenté les troubles qui ont motivé son admission. D'après lui, cette desquamation aurait toujours existé.

Le malade placé dans le décubitus dorsal présente l'attitude suivante : la cuisse droite est fléchie sur le bassin en légère abduction et rotation externe. Aucun mouvement n'est possible dans l'articulation de la hanche. L'enfant ne peut soulever son talon au-dessus du plan du lit. La cuisse ne peut être placée en extension complète, et la flexion ne peut être augmentée. L'abduction et l'adduction sont douloureuses. Les mouvements imprimés à la cuisse provoquent une vive douleur. Néanmoins, une mobilisation douce de la cuisse permet de déplacer celle-ci sans entraîner le bassin. Ces mouvements sont limités. L'enfant peut encore marcher mais péniblement. Il boite, déplace

en même temps la cuisse et le bassin, place le pied en équinisme.

La partie supérieure de la cuisse est tuméfiée et cette tuméfaction est surtout manifeste au niveau de la partie supéro-interne de celle-ci. Dans cette région, on constate une légère élévation de température locale. La fesse droite paraît plus volumineuse, tuméfiée ; le pli fessier paraît abaissé du côté malade. La région périnéale est éalement tuméfiée, principalement à droite.

Au niveau du pli inguinal, un ganglion dur, du volume d'une noisette, un peu douloureux à la pression est perceptible.

La pression exercée sur l'épine iliaque et sur le pubis n'est pas douloureuse. Par contre, on provoque une vive douleur en appuyant sur l'ischion et surtout dans la région périnéale. La palpation du col fémoral est indolore. Le toucher rectal n'est pas très douloureux.

Le 12 janvier, injection de 1 cc. de stock-vaccin antistaphyloccocique. Le 13 janvier, deuxième injection de vaccin. Pansement humide au niveau de la région inguinale.

Le 13, une *radiographie* montre une lésion de la branche ischio-pubienne. Un peu au-dessous du pubis, on voit une solution de continuité osseuse avec, semble-t-il, un petit séquestre osseux isolé dans la perte de substance. Au niveau de l'articulation coxo-fémorale, l'interligne articulaire est flou.

On continue à faire des injections de vaccin antistaphylococcique jusqu'au 18 janvier.

La tuméfaction a augmenté. Les téguments sont rouges, douloureux à la pression.

Intervention le 19 janvier, par M. le Professeur Le Fort. Incision dans le pli génito-crural.

Il s'écoule un pus grumeleux jaune verdâtre dont la quantité peut être évaluée au contenu d'un verre à bordeaux. Quelques petits séquestres osseux sont éliminés avec le pus. La lésion osseuse est curettée. Drainage.

Suites : Le 27 janvier, la température s'élève à 40°. Cette élévation thermique est passagère. La suppuration diminue progressivement.

Le 9 février, suppression du drainage.

L'enfant quitte le service le 26 février, guéri.

Observation XXXIII.

B... Aynard, 11 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite de la branche ischio-pubienne. Arthrite septique de la hanche. Mort.

Un garçon de 11 ans entre le 24 mars 1925 à la clinique chirurgicale infantile pour des douleurs de la hanche gauche.

Son père est vivant et bien portant. Sa mère a subi une nephrectomie il y a plusieurs années, mais elle est actuellement en bonne santé. Il a une sœur âgée de 4 ans, bien portante. Dans ses antécédents personnels, on relève la coqueluche à l'âge de six mois, la scarlatine un peu plus tard. Tout récemment, il a eu un furoncle à la face postérieure de la cuisse. Le petit malade nous dit qu'il boitait depuis un an, mais très légèrement. Le début de l'affection actuelle est situé par lui au 18 mars dernier, six jours avant sont entrée à l'hôpital. Tout d'abord, il ne s'est agi que d'une sensation douloureuse assez supportable. Quarante-huit heures après, le 20 mars, la douleur était devenue assez vive pour obliger l'enfant à garder le lit. Il est resté couché jusqu'à son admission dans le service.

Examen le 24 mars. L'enfant est robuste, bien développé. Il a l'aspect fiévreux, les pommettes sont rouges, les lèvres sèches, la langue saburrale. La température est de 39°8, le pouls est petit et rapide.

Le membre inférieur gauche est un peu en abduction et en très légère flexion sur le bassin. Les téguments sont normaux, non œdématiés. Pas de circulation collatérale. Les ganglions inguinaux sont normaux. La partie supérieure de la cuisse n'est pas tuméfiée.

La palpation de la région de la hanche est douloureuse, mais on ne perçoit pas d'empâtement profond. La douleur n'est pas localisée en des points précis ; elle est manifeste aussi bien au niveau de la tête et du col fémoral que de la fosse iliaque externe et de la branche ascendante de l'ischion.

Les mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale sont limités. Les mouvements provoqués sont assez étendus, mais ils déterminent une vive douleur. L'abduction surtout est limitée.

Le soir, la température s'élève à 41°. On décide d'intervenir d'urgence

Intervention le 24 mars, à 18 heures (M. le Professeur Le Fort).

On fait une incision verticale antérieure.

Après avoir pénétré à travers la couche musculaire, on incise la capsule articulaire. Dans l'articulation coxo-fémorale se trouve une sérosité louche mélangée à du sang. Cette sérosité est recueillie pour un examen bactériologique. Au ciseau et au maillet on trépane la tête et le col fémoral. Pas de pus dans les régions périarticulaires. Drainage. Extension continue.

Le lendemain, 25 mars, la température est encore de 39°4. Les phénomènes généraux restent alarmants. Le soir, la température s'élève à 40°. Le pouls est à 130.

La radiographie montre une lésion de la branche ischio-publienne. Un peu au-dessous du pubis on voit une tache un peu plus claire que le reste de l'os rompant la continuité osseuse et formant une saillie marquée dans le trou ischio-pubien.

Le 26 mars, la température oscille entre 39°4 et 40°3.

Le 27, l'enfant présente deux foyers de broncho-pneumonie, l'un à la base du poumon droit, l'autre au voisinage du bord spinal de l'omoplate. Dans les deux poumons, on entend des râles de bronchite disséminés. Le foie est rétracté. Le pouls est à 110. Température 39°. L'asthénie est très marquée.

Injection de 4 cc. de septicémine.

Le 28, un nouveau foyer broncho-pneumonique apparaît à la base gauche. Température 39°4 — 40°. Pouls 120.

Le 30, l'état général s'aggrave. Les conjonctives sont jaunes. Le teint est terreux, l'asthénie est plus marquée. A l'auscultation, râles fins aux deux bases, mal localisés. Pouls 127. Température 39°4 — 40°. La respiration est rapide (36 à la minute). Depuis la veille au soir, il est apparu des douleurs articulaires au niveau des deux épaules, du coude droit et de la hanche driote avec chaleur locale, douleur très vive à la pression, sans rougeur des téguments.

On continue la septicémine.

Le 31, même état. Température 39° — 40°. Pouls 120.

Le 1er avril, l'état général paraît plus atteint. L'enfant est agité, présente de l'insomnie, il délire. Des érosions nasales apparaissent, saignant avec une assez grande abondance. Température 39°2 — 40°. Pouls 120. Respiration 44. Urines trou-

bles, très colorées. Les articulations restent très douloureuses.

Le 2 avril, arthrite suppurée du coude droit. Arthrotomie large. Température 38°5 — 40°.

Le 3 avril, état général mauvais. Température 38°4 — 39°6, pouls à 120.

Le 4 avril, on adjoint à la septicémine un auto-vaccin. Température 38°2 — 39°8. Pouls 132.

Le 5 avril, température 39°2 — 39°4. Pouls 140.

Le 6, température 40 — 39°3. Pouls 132.

Mort le 7 avril.

Examen bactériologique de la sérosité retirée de l'articulation coxo-fémorale : staphylocoque doré.

Observation XXXIV.

R... Marcel, 7 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite de la branche ischio-pubienne. Réaction articulaire passagère. Guérison sans limitation des mouvements de la hanche.

Rien à signaler dans les antécédents personnels ni héréditaires. Un frère bien portant. Une sœur âgée de trois ans, morte récemment, ayant probablement succombé à une diphtérie hypertoxique.

Histoire : D'après les dires de la mère, le début de la maladie peut être situé trois semaines avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Le début aurait été brusque : l'enfant fait une chute à 6 heures du soir, il rentre péniblement chez lui, dîne avec ses parents sans grand appétit, il se couche immédiatement. Le lendemain matin, il se lève et va travailler aux champs, mais la mrche est assez difficile. Pendant la journée, il a des nausées, de la céphalée. Il aurait eu également des frissons, de la fièvre.

Dès le lendemain de l'accident, une tuméfaction serait apparue au niveau de la fesse (hématone ?). Pendant 8 jours, il continue à marcher, son état reste stationnaire ; au cours de cette période, l'enfant se trouve dans l'impossibilité de s'appuyer sur son membre inférieur droit. Il adopte constamment une attitude hanchée, appuyant tout le poids du corps sur le membre inférieur gauche.

Huit jours après l'accident, il est obligé de s'aliter. Un médecin est appelé, il fait une ponction dans cette tuméfaction, la ponction reste blanche. L'état général paraît meilleur. L'enfant ne présente que de l'inappétence et peut-être une légère élé-

vation thermique. La tuméfaction augmente constamment de volume. L'enfant est amené à l'hôpital Saint-Sauveur en voiture d'ambulance : la marche étant absolument impossible.

Examen (5 octobre 1925) : Enfant bien développé, dont l'état général paraît bon. La fesse droite est considérablement tuméfiée ; le pli fessier est abaissé. Cette tuméfaction remonte presque jusqu'à la crête iliaque, les téguments sont distendus, et à leur surface la circulation collatérale est fortement développée. Les mouvements spontanés de la cuisse sur le bassin sont impossibles. Le membre inférieur est dans la rectitude, en légère rotation interne.

A la palpation, cette tuméfaction est extrêmement douloureuse. On ne perçoit pas de fluctuation, mais on a une sensation d'empâtement profond. On note un peu de sensibilité à la pression, au niveau de la tête fémorale, et une douleur beaucoup plus vive sur la branche ischio-pubienne au point d'insertion des adducteurs. Les mouvements provoqués de l'articulation de la hanche sont très douloureux. Ils sont d'autre part un peu limités, surtout l'abduction. La température est de 38°2. Le pouls est bien frappé aux environs de 100.

Une ponction est faite dans cette tuméfaction, on retire du pus où, à l'examen direct, on trouve du staphylocoque. A la culture, staphylocoque doré.

La *radiographie* montre, du côté droit, l'existence d'une lésion osseuse située au niveau de la branche ischio-pubienne, tout près de l'ischion. L'os, sur un espace de 1 cm. environ, est presque translucide aux rayons X.

Intervention le 8 octobre : On fait deux incisions, l'une à la partie supéro-externe de la fesse droite, l'autre à la partie inférieure. On draine. On n'intervient pas sur la lésion osseuse. La température oscille entre 37°8 et 38°2 jusqu'au 10 octobre. A partir de ce moment, elle redevient normale. La suppuration diminue rapidement, et l'enfant quitte le service guéri le 28 octobre.

Il est revu le 23 janvier 1926. Les plaies opératoires sont complètement fermées. Au niveau de l'insertion des adducteurs, on sent une masse de consistance fibreuse de la dimension d'une petite noix, mobile latéralement et semblant faire corps avec les adducteurs. On note l'existence de ganglions inguinaux bilatéraux surtout du côté malade. Les mouvements de la hanche sont normaux, l'abduction paraît même plus grande du

côté malade que de l'autre côté, les mouvements de flexion et de rotation sont normaux. La palpation de la branche ischio-pubienne droite est assez douloureuse, on ne perçoit pas d'empâtement profond.

OBSERVATION XXXV.

V..., 7 ans (Hôpital aint-Sauveur). Ostéomyélite bipolaire du tibia, arthrite suppurée du genou et de l'articulation tibio-tarsienne. Ostéomyélite de l'ischino, réaction passagère de l'articulation de la hanche. Guérison.

Un enfant de 7 ans entre, le 24 novembre 1922, dans le service de M. le Professeur Le Fort. Le 9 novembre, parti en bonne santé à l'écloe, il en revient à 5 heures fiévreux ayant, dit-il, reçu un coup de pied d'un de ses camarades. Il continue à aller en classe une semaine, puis s'alite. Frissons, nausées, fièvre élevée (39°4), pouls rapide faciès grippé, diarrhée. Tuméfaction de tout le membre inférieur droit, surtout accusée au niveau de la moitié supérieure de la jambe. Empâtement, douleur locale. Articulation du genou et du coup de pied cliniquement normales.

Intervention immédiate (Dr Piquet). Incision large au niveau du tibia, ouverture du périoste, écoulement du pus. La température reste élevée. Le troisième jour, elle monte à 40°. Etat général très grave. Le 27 novembre, on prolonge l'incision primitive jusqu'à la partie inférieure du tibia, qui ne paraissait pas infectée lors de la première intervention. Trépanation de l'os. Moelle osseuse infectée de pus. Vaccination (Vaccin de Grégoire).

La température reste élevée. Le 1er décembre, ouverture d'un hygroma suppuré prérotulien. Le 9, arthrite du genou. Arthrotomie le 11 décembre. Le 12 décembre, arthrite tibio-tarsienne. Amputation de cuisse le 13.

La température tombe, l'état général est meilleur.

Le 17 décembre, la température s'élève à 39°. Le malade éprouve de vives douleurs à la partie supérieure de la cuisse droite. Le pli inguinal est effacé. La région obturatrice est œdématiée, chaude, douloureuse, rouge. Une incision est faite à la partie supérieure du pli génito-crural. Une quantité de pus est évacuée au dehors. Il ne semble pas que les os de la ceinture pelvienne soient intéressés, nulle part on ne sent d'os dénudé. Drainage.

La température retombe bientôt à 38°. La suppuration diminue, mais pendant près de huit semaines persiste une petite fistule, par laquelle s'écoule une minime quantité de pus, n'ayant aucune tendance à se fermer spontanément.

Une *radiographie* faite à ce moment montre l'existence de lésions osseuses. L'ischion paraît séquestré dans sa presque totalité. La branche ischio-pubienne est nécrosée et le pubis lui-même semble atteint. En arrière, la surface de séparation siège un peu au-dessous du cotyle. L'examen clinique montre un certain degré d'arthrite de la hanche. L'abduction de la cuisse sur le bassin et la flexion s'effectuent incomplètement, mais sans provoquer de douleur bien vive.

Intervention le 11 février 1923. Incision dans le pli génito-crural, section des tendons du grand abducteur et l'obturateur externe. Le doigt introduit dans la plaie perçoit l'existence d'un séquestre osseux, facilement extrait à l'aide d'une pince.

Cicatrisation complète le 26 juillet 1923. Mouvements de la hanche normaux.

4e Groupe

LES OSTEOMYELITES DE L'OS ILIAQUE

OBSERVATION XXXVI.

O... Jean, 14 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite de l'os iliaque (aile iliaque). Arthrite suppurée secondaire de la hanche. Guérison. (1).

Le petit malade est entré dans le service le 6 septembre 1919. Son état général était sérieusement atteint, il présentait de grandes oscillations thermiques. La radiographie de la hanche ne révèle rien de précis, et après un séjour d'un mois à l'hôpital, où on ne découvrit pas l'existence d'une collection sup-

(1) *Nous avons trouvé cette observation dans les archives du service. Elle est malheureusement incomplète. Nous n'avons pas pu la compléter, n'ayant pas retrouvé le malade, qui a quitté la région.*

purée, il fut renvoyé chez lui et soumis à l'extension continue. Il revient le 20 décembre 1919 et présente un empâtement de la fosse iliaque interne gauche.

Intervention immédiate. On incise au niveau de la fosse iliaque interne, parallèlement à la crête iliaque. On ouvre une collection purulente peu abondante mais profonde. Après l'intervention, l'état du malade s'améliore, mais l'enfant souffre encore, la radiographie montre un effacement de l'interligne articulaire de la hanche, ainsi qu'une décalcification de la tête fémorale.

Seconde intervention le 14 janvier 1920. Incision de Langenbeck, résection de la tête fémorale. Celle-ci présente des lésions très accentuées. Drainage.

Suites : L'état général s'améliore très rapidement. Extension continue.

Dans les premiers jours d'avril, le malade commence à se lever très rapidement ; il marche. Le raccourcissement n'est que de 4 cm.

La radiographie montre que le trochanter vient buter sur la partie supérieure du sourcil cotyloïdien qui lui assure un bon point d'appui.

Observation XXXVII.

L... Arthur, 11 ans (Hôpital Saint-Sauveur). Ostéomyélite de l'os iliaque (aile iliaque). Arthrite purulente secondaire. Guérison avec ankylose de la hanche.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

Il y a un mois, l'enfant est tombé sur le genou droit, en jouant, et de petites plaies superficielles qui avaient été la conséquence de cet accident, ne tardèrent pas à s'infecter. Pendant trois semaines, la suppuration persiste. Huit jours avant l'entrée du petit malade à l'hôpital, des ganglions inguinaux sont apparus. Puis toute la région inguinale droite est devenue douloureuse. Vingt-quatre heures plus tard, les mouvements de la hanche deviennent douloureux, la marche est impossible, les douleurs spontanées sont intenses. Dès ce moment, la fièvre aurait été élevée et les phénomènes généraux auraient fait leur apparition. L'enfant est amené à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le Professeur Le Fort (20 octobre 1925).

Examen : Il s'agit d'un enfant bien constitué, robuste, mais

paraissant profondément infecté. La figure est pâle, les pommettes rouges, la langue sèche. La température est de 39°4, le pouls, bien frappé, est à 140. L'anorexie est absolue. L'enfant se plaint d'éprouver de vives douleurs dans la région de la hanche droite et dans l'étage inférieur de l'abdomen. Localement, il n'y a pas d'œdème de la partie supérieure de la cuisse, la région inguinale ne paraît pas tuméfiée, la fosse iliaque droite n'est pas le siège d'une voussure.

Le membre inférieur droit est en légère flexion sur la cuisse en abduction et rotation externe. Les mouvements spontanés de la cuisse sur le bassin sont impossibles. Les mouvements provoqués sont possibles dans une certaine mesure, mais très douloureux. La pression exercée au niveau du triangle de Scarpa provoque une certaine douleur, le trochanter et la région postérieure du col fémoral sont à peu près indolores.

A la palpation de la fosse iliaque interne, on perçoit au niveau du tiers externe de l'arcade crurale une tuméfaction dure, très douloureuse à la pression. On observe de plus un certain degré de défense de la paroi abdominale.

Intervention immédiate (Dr Ingelrans, moniteur de clinique). Anesthésie générale au chloroforme. Incision parallèle à l'arcade crurale à un travers de doigt au-dessus d'elle. Les téguments ne sont pas œdématiés. On enfonce le doigt dans la région tuméfiée, qui semble siéger dans le psoas. Cette tuméfaction est extrêmement dure. Une pince de Kocher est introduite à la recherche d'une collection suppurée. Il s'écoule seulement une sérosité sanglante. Mise en place d'un gros drain.

Extension continue.

La *radiographie* ne montre l'existence d'aucune lésion osseuse, ni au niveau du fémur, ni sur l'os iliaque.

Examen bactériologique streptocoque.

Suites opératoires : Pendant 4 jours (21 — 22 — 23 — 24 octobre), la température ne descend pas. Elle oscille entre 39° et 40°. L'état général ne s'améliore pas sensiblement. Le troisième jour, du pus franc s'écoule de la plaie opératoire.

Le 25 cotobre, la température tombe le matin à 38°2 et ne dépasse pas 39° le soir. La défervescence continue et le 28, la température oscille entre 37°2 et 38°4. La défense de la paroi abdominale a disparu très rapidement, les douleurs spontanées de la hanche ont cédé après l'application de l'extension

continue. Jusqu'au 9 novembre, la température atteint environ 38°4 le soir, pour retomber à 37°2 le matin.

Le 10 novembre, la température s'élève à 39°. La fosse iliaque est moins douloureuse à la palpation, l'empâtement est moindre. Par contre, l'enfant se plaint d'éprouver une vive douleur dans la hanche droite. Toute la région coxo-fémorale est douloureuse à la pression, qui détermine une souffrance particulièrement vive quand on l'exerce au niveau du col fémoral et du grand trochanter. Le membre inférieur s'est placé en rotation externe et en abduction, malgré l'extension continue. L'articulation de la hanche est absolument immobile ; la moindre tentative de mobilisation de la cuisse sur le bassin provoque une douleur intense. Aucun mouvement n'est possible dans l'articulation coxo-fémorale, même la correction de l'attitude vicieuse ne peut être réalisée.

La température s'élève et oscille entre 38° et 39°. Une ponction est faite dans l'articulation le 13 novembre : ponction blanche.

Le 16 novembre, la fièvre dépasse 39°. On décide d'intervenir. L'articulation est ouverte par voie antérieure. Il s'écoule un peu de sérosité sanglante.

La température reste élevée, elle oscille entre 38° et 39° avec parfois des ascensions à 40°.

Septicémine, auto-vaccin antistreptococique.

Dès les premiers jours de décembre, la fièvre atteint 40° le soir, retombe le matin à 38°. Néanmoins, l'état général reste relativement bon.

Le 7 décembre, on fait une contre ouverture postérieure. Ecoulement de pus très liquide. Drainage.

La température descend rapidement. Le 11 décembre apyrexie complète.

La suppuration diminue graduellement, mais le membre inférieur garde une attitude en abduction et rotation externe malgré l'extension continue et l'application de sacs de sable.

Le 9 janvier 1926, la cicatrisation est complète. On anesthésie l'enfant, on corrige la déformation et on place un appareil plâtré en bonne position.

Une radiographie, faite au début de janvier, ne montre pas de lésions osseuses évidentes, peut-être une plus grande opacité de l'os iliaque du côté malade.

Observation XXXVIII (obligeamment communiquée par M. le Professeur Le Fort).

C..., 7 ans. Ostéomyélites successives du fémur et de l'os iliaque. Luxation secondaire à l'ostéomyélite iliaque. Reposition sanglante. Guérison.

Ostéomyélite fémorale.

L'enfant tombe malade dans les premiers jours de septembre 1920. Elle présente des symptômes d'une infection générale grave : prostration, température à grandes oscillations, pouls petit, dépressible. On traite l'enfant pour fièvre typhoïde. L'état général s'aggrave progressivement, la température oscille entre 38° et 40°. On pense à la possibilité d'une ostéomyélite.

Le 1er octobre, le docteur Leroy est appelé en consultation et constate l'existence d'une voussure légère occupant le tiers supérieur de la cuisse droite et principalement la face antérieure et la face externe de la cuisse. Cette tuméfaction est dure et douloureuse à la pression. Il n'existe aucune limitation des mouvements de la hanche, aucune douleur accusée nettement à la percussion à distance de l'article. La température rectale atteint 41°, le pouls est petit et rapide, la langue est sèche, le faciès infecté.

L'enfant est transféré à la clinique du docteur Leroy où une radiographie est faite. Elle ne donne aucun renseignement précis.

Intervention d'urgence : Incision au niveau de la voussure. On évacue un abcès profond contenant environ 125 gr. de pus. Le périoste fémoral est décollé. On trépane l'os et on trouve du pus dans la cavité médullaire.

Suites : La température qui était de 41° le jour de l'intervention, tombe en six jours à la normale. Cependant l'état général reste grave : le pouls bat entre 130 et 140.

Infection de l'os iliaque : Dix-huit jours après cette intervention, et alors qu'une apyrexie de douze jours permettait d'espérer la guérison, la température s'élève à nouveau en même temps que l'enfant présente du ballonnement abdominal avec douleurs à prédominance épigastrique. Il existe de la défense abdominale surtout accusée dans la région de la fosse iliaque droite. Rien de net à l'examen de l'articulation de la hanche, toujours non douloureuse, sans limitation des mouve-

ments. On constate l'existence d'une zone douloureuse au niveau du tiers supérieur de la fosse iliaque.

Devant la gravité de l'état général, on décide d'intervenir.

Deuxième intervention le 24 octobre.

Incision portant sur la partie supérieure de l'aile iliaque droite. Pas de pus dans les masses musculaires. L'os iliaque est dénudé et mou. Trépanation de l'aile iliaque. Immédiatement, un flot de pus s'écoule au dehors, provenant de la fosse iliaque interne. L'ostéotomie est poursuivie jusqu'à la rencontre de l'os sain, plus prudente du côté de la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. La surface de l'aile iliaque trépanée atteint une paume de main environ.

Suites : La température tombe en une semaine environ.

Luxation de la hanche : Le premier pansement est fait 10 jours après l'intervention. L'état local est très satisfaisant.

On constate, deux jours après ce pansement, que le membre inférieur est raccourci de dix à douze centimètres, sans flexion de la cuisse.

On tente de réduire la luxation sous anesthésie (pas de radio de contrôle) et une traction continue est exercée sur la jambe.

La cuisse est mobilisée 15 jours après la réduction. Un appareil plâtré est placé pour le retour à Lille.

L'enfant est conduite le 30 décembre 1920 à M. le Professeur Le Fort.

La radiographie montre une grosse perte de substance dans la partie supérieure de la diaphyse fémorale et une très large perforation de l'aile iliaque. La tête et le cotyle sont normaux d'aspect. La hanche est luxée, et elle est ballante. Du pus s'écoule encore par la plaie iliaque.

On fait des injections d'autovaccins, qui donnent de bons résultats, mais pour hâter la guérison, M. Le Fort débride la fistule iliaque sous chloroforme (17 mai 1921). On retire de l'os iliaque un séquestre gros comme une petite noisette dans une cavité qui permet d'introduire le bout du doigt dans le bassin, à travers l'os iliaque. La hanche paraît bien indépendante de ce foyer.

La guérison est rapide.

Le 5 juillet, la plaie était cicatrisée depuis plusieurs semaines, M. Le Fort décide de tenter la réduction sanglante de la luxation.

Intervention : Incision de la résection de la hanche de Farabeuf. La tête, recouverte de la capsule, apparaît immédiatement, et la capsule incisée, on voit qu'il y a une antéversion considérable. Le cotyle est traversé par de très fortes brides qui le cloisonnent et le recouvrent en partie. On les sectionne au ciseau et au bistouri. On cherche à réduire en exerçant des tractions sur la jambe, mais la cuisse se fracture au niveau de la partie trépanée. On essaie alors d'agir sur la tête en la repoussant avec les pouces : *cette tête est molle et les pouces pénètrent dans sa substance.*

On réussit cependant à réduire et on reconstitue la capsule avec des débris de celle-ci et du tissu fibreux. On met un appareil plâtré en abduction.

Plusieurs appareils plâtrés sont placés successivement jusqu'au 19 décembre 1921.

Le 12 janvier 1922, l'enfant qui a marché depuis trois mois avec ses appareils, va actuellement très bien.

La radiographie montre que le fémur est complètement reconstitué et même plus épais que normalement. La tête est en face de la cavité, elle n'en occupe pas le fonds, mais elle y est bien maintenue par un *toit acétabulaire suffisant.* Il n'y a pas *ankylose vraie mais simple raideur articulaire.*

On met un nouvel appareil léger pour corriger le genu valgum, qu'on enlève le 19 avril 1922.

L'enfant marche, la mobilité de la hanche persiste : l'abduction est possible à un certain degré, la flexion et l'extension aussi.

Le 1er mars 1923, une fistule s'ouvre au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. On fait faire un auto-vaccin, sous son influence, la fistule se ferme, mais s'ouvre par intermittences.

L'enfant a beaucoup grandi. Les deux membres inférieurs ont la même longueur, mais il persiste toujours un peu de genu valgum.

Le 12 mars 1926, on pratique une ostéotomie sus-condylienne. Suites satisfaisantes.

CONCLUSIONS

1° L'ostéomyélite de l'extrêmité supérieure du fémur et celle de l'os coxal peut donner lieu à des symptômes cliniques plus ou moins graves, mais susceptibles de guérir rapidement, sans suppuration. Ce sont des ostéoarthrites non suppurées, dites « de croissance ».

2° L'ostéomyélite aiguë, suppurée, des portions de l'os coxal ou du fémur, située anatomiquement à l'intérieur de la capsule de l'articulation coxo-fémorale, provoque nécessairement une arthrite aiguë de l'articulation de la hanche (*arthrite directe*). Les symptômes de l'arthrite se confondent avec ceux de l'ostéomyélite.

3° L'ostéomyélite aiguë, suppurée des portions de l'os coxal ou du fémur, situées anatomiquement en dehors de la capsule de l'articulation de la hanche (ostéomyélite extra-articulaire) peut donner naissance à une *arthrite indirecte* de la hanche. Cliniquement, on voit apparaître *successivement et non simultanément* les symptômes de l'ostéomyélite, puis ceux de l'arthrite. Dans les ostéomyélites fémorales extra-articulaires trochantériennes ou diaphysaires hautes, l'arthrite est ordinairement tardive, insidieuse, à tendance ankylosante. Dans les ostéomyélites extra-articulaires de l'os coxal (aile iliaque, ischion ou pubis), l'arthrite est au contraire aiguë, suppurée, mais toujours plus ou moins tardive.

4° Les ostéo-arthrites peuvent se compliquer de luxation vraie, de décollement aigu de la tête fémorale, de fracture du col, d'abcès intrapelviens et, tardivement, d'ankylose.

5° Les ostéo-arthrites suppurées directes sont justiciables d'un traitement chirurgical, d'importance variable suivant la gravité des symptômes présentés par le malade : ponctions répétées, arthrotomies, résection de la tête fémorale. Cette dernière intervention ne doit pas être appliquée à tous les cas indistinctement.

6° Dans les ostéomyélites extra-articulaires, le traitement chirurgical des lésions osseuses doit être précoce et énergique, pour éviter l'apparition d'une arthrite indirecte de la hanche. Quand celle-ci est apparue, l'arthrotomie simple est ordinairement la méthode de choix ; cependant, la résection de la tête pourra parfois s'imposer en présence d'accidents graves.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1906, se rapporter à la bibliographie donnée par :

Broca, Barbarin et Delanglade, Arthrites aiguës et ostéomyélite de la hanche, *Revue d'orthopédie*, 1902, p. 257 et 354.

Caubet, *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1907, p. 195 et 231.

Cardot, Thèse de Paris, 1901-1902, n° 416.

Duclaux, Thèse de Paris, 1905-1906, n° 465.

Delfino, *Archiv. di Orthop.*, 1906, p. 1.

Guyot, Ostéomyélites aiguës de l'extrémité supérieure du fémur, *Revue de Chirurgie*, 1904, p. 271 et 628.

König, *Die spec. lub. der Knochen und Gelenke*, t. II, das Hüftgelenk, Berlin, 1902, p. 105.

Bruns et Honsell, L'ostéomyélite aiguë de l'articulation de la hanche, *Beitrage für klin Chir.*, 1899, p. 41.

Honsell, *Beitr. für klin. Chir.*, 1903, t. XXXIX, p. 593.

Laporte, Thèse de Bordeaux, 1905-1906, n° 62.

Von Bergmann, *Archiv. für klin. Chirurgie*, 1906, t. LXXXI, p. 604.

TRAVAUX POSTÉRIEURS À 1906.

Acquaviva et Darcourt, Ostéomyélite de la tête fémorale et du bassin, résection de la hanche, *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, novembre 1925.

Acquaviva et Darcourt, Ostéomyélite aiguë du cartilage de conjugaison de la tête fémorale. Trépanation spontanée du cotyle ; psoïtis gauche. *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, mai 1925.

Anschutz, *Lehrbuch der Chirurgie*, Iéna, 1919.

Bérard, Une technique de la résection de la hanche dans les arthrites suppurées, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1915, p. 1897-1902.

Bérard, Les arthrites suppurées dans l'ostéomyélite aiguë, *Bull. méd.*, 1904.

Bichat et Goepfert, Les arthrites consécutives à la broncho-pneumonie, *Revue des mal. de l'enfance*, 1904.

Binet, Un cas d'ostéomyélite totale du fémur, *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1919, p. 512.

Bressot, Coxalgies et pseudo-coxalgies, *Paris médical*, 1923, p. 89-95.

Broca, Sur la régénération du col fémoral après les résections étendues de la hanche, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1918, p. 962-965.

Broca, *Chirurgie infantile*, 1914.

Broca, Arthrite suraiguë de la hanche au cours d'une chorée avec lésions mitrales, *Clinique Bruxelles*, 1908, XII, p. 81-83.

Carrossini, Su di un caso di ostéomiélite della coxa, *Giord. di méd. prat.*, Livorno, 1923, p. 189.

Mlle Chauveau, *Thèse de Paris*.

Charrier, Ostéomyélite traitée par la vaccination, *Bull. et mém. soc. Chir.*, Paris, 1924, p. 1100.

Clopton, The diagnosis and treatment of ostéomyélitis, *Surg., gyn., and Obstet.*, 1915.

Curtillet et Lombard, Périarthrite suppurée de la hanche chez un nourrisson. *Bull. Soc. Obst. et gyn.*, Paris, 1912, p. 95.

Curtillet et Tillier, L'extension verticale du membre inférieur dans le traitement des affections ostéo-articulaires aiguës de la hanche, *Journal de Chirurgie*, t. XXV, p. 524.

Dhalluin. *La hanche ballante traumatique*, Thèse Lille, 1919.

Driessen, Hüft gelenkresektion bei osteomyelitis acuta, *Zentralbl. für Chir.*, Bd VII.

Dupuy de Frenelle, Mobilisation opératoire d'une hanche ankylosée, complétée par la fixation axiale du fémur à la cavité cotyloïde, *Paris chirurgical*, 1923, p. 199-201.

Dupuy de Frenelle, La voie d'accès antérieure sur l'articulation de la hanche, *Paris chirurg.*, 1924, p. 1-4.

Dupuy de Frenelle, Arthroplastie pour ankylose de la hanche. *Paris chirurg.*, 1924, p. 347-349.

Estor. Delord et Puech, Luxation de la hanche postostéomyélitique, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 6 janvier 1922.

Fabresse, *L'ostéomyélite de la hanche et ses conséquences obstétricales*, thèse, 1912, n° 114.

Flament, *Luxations pathologiques de la hanche dans l'enfance*. Thèse, Paris, 1920.

Froelich, Coxalgie ostéomyélitique hyperostosante, *Revue médicale de l'Est*, 1902.

Froelich, *Congrès de Chirurgie*, 1910.

Garre-Bochardt, *Lehrbuch der Chirurgie*, Leipzig, 1921.

Gasne, Les arthrites à pneumocoques chez les enfants, *Revue d'orthopédie*, 1918.

Gaudier, *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de la hanche*, Thèse de Lille, 1922.

Geist, Ostéomyélite de l'os coxal, *Journ. of the amer. med. assoc.*, 1921, p. 1939-1940.

Gely, *Contribution à l'étude des fausses coxalgies*, Thèse de Montpellier, 1924, n° 14.

Glissan. The surgical treatment of osteo-arthritis of the hep. joint, *Med. journ. Australia*, p. 561-564, 1923.

Grashay, *Atlas typischer Rontgenbilder*, München, 1912.

Grégoire, *Bull. et Mém. soc. Chir.*, Paris, 1922 et 13 janvier 1926.

Grimous et Baudet, Ostéomyélite de la hanche, arthrotomie, guérison, *Toulouse méd.*, 1907, p. 258-261.

Hartmann, Poussée inflammatoire dans une coxalgie, *Revue gén. de chir. et de thérapeutique* Paris, 1917, p. 648.

Hass. Extraartikulare Ankylosierung der Hüfte, *Zentralbatt für Chirurgie*, 1922, p. 1466.

Haudek, Einiges über Diagnose und Therapie bei Hüftgelenkerkrankungen und Deformitaten, *Wiener med. Wochensch.*, 1913, p. 698 et 754.

Hertz, Zwei Falle von Coxitis osteomyélitica, *Nord. med. Ark.*, Stockholm, 1916, p. 1-16.

Hoke, Toxic arthritis of the hip. joint in children, *Am. journ. orthop. surg.*, 1909-1910, VII, p. 44-56.

Homans. Ostéomyelitis of the long bones, *Annals of surgery*, 1912.

Howell, Case of the arthritis of the hip in a girl, aged 9, *Proc. royal Soc. med.*, London, 1922, XV.

Irwin, Problems in the treatment of acute arthritis of the hip., *Brit. med. journ.*, 1924, p. 658 ; et *British med. assoc.*, 1920.

Jackson, Intrarectal rupture of suppurating sinus from hip. joint disease. *Boston med. and surg. journ.*, 1912, p. 242-246.

Johnson, Arthritis suppurées chez l'enfant. *Am. Journ. of diseases of children*, 1921.

Jottkowitz, *Die Scheimbeutel entzündungen an der Hüfte Med. Klinik*, Berlin 1918, p. 692-696.

Kennedy, Acute epiphysitis, *Brit. med. journ.*, 1912.

Kirmisson, Luxations de la hanche consécutives à l'ostéomyélite de la première enfance, *Congrès de Chirurgie*, 1907.

Kirmisson, L'ostéomyélite du bassin, *Revue générale de clin. et de thérap.*, Paris, 1919. 33, p. 452.

Klemm, Uber die Gelenk osteomyélitis, speziell die osteomyelitische Coxitis, *Arch. für klin. Chir.*, 1912, p. 414-457.

Lamy et Benoist-Pilloire, Arthrites à pneumocoque chez le nourrisson et luxation de la hanche, *Presse médicale*, 1923, p. 762-764.

Le Conte, Acute inflammation of long bones, *Transact. of the am. surg. assoc.*, t. XXX.

Ledderhose, Osteomyelitis and akute infektiose Gelenkerkrankungen. *Deutsche med. Wocheschr.*, 1921, p. 1333.

Lefebvre, Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur traitée par l'intervention et la vaccinothérapie combinées, *Soc. de médecine et de Chirurgie de Toulouse*, 11 et 21 janvier 1925.

Le Fur, Trois nouveaux cas de résection de la hanche, *Paris chirurg.*, 1917, p. 777-793.

Le Fur, Athrite purulente grave de la hanche, *Paris chir.*, 1916, p. 421-422.

Legg. Differential diagnosis af diseases of the hip-joint in children, *Boston med. and surg. journ.*, 1920, p. 602-606.

Lesne et M. Levy, Ostéo-arthrite coxo-fémorale éberthienne, *Société de pédiatrie*, 18 novembre 1924.

Lexer, *Allgemeine Chirurgie*, Stuttgart, 1918.

Massabuau, Guibal et Marican, A propos des pseudo-coxalgies. Un cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche, *Montpellier médical*, 1923, p. 370-373.

Massabuau, Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. *Paris med.*, 1924, p. 65-68.

Massabuau et Chaptal, Un cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche, *Société des sciences médicales de Montpellier*, 14 décembre 1923.

Massabuau et Guibal, Ostéomyélite fistulisée de la hanche à évolution torpide, *Société des sciences médicales de Montpellier*, 28 novembre 1924.

Ménard, Fausses coxalgies. Arthrites passagères. Ostéite juxtacoxale non suppurée, *XXIII^e Congrès français de Chirurgie*, 1910, p. 1027.

Meritan, *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche. Diagnostic et traitement*, Thèse Montpellier, 1908.

Moore, Osteomyelitis involving the hip-joint, a condition heretofore erroneously designated acute epiphysitis, *Ann. surg.*, Philad., 1916, p. 473-478.

Morestin, Arthrite suppurée coxo-fémorale, désarticulation de la hanche. Guérison, *Bull. et mém. soc. anat.*, Paris 1909.

Mouchet, Dystrophie grave ostéo-articulaire, coxo-fémorale, révélée cliniquement à la suite d'une suppuration prolongée des parties molles périphériques, *Bull. et mém. soc. chir.*, Paris 1922, p. 728-732.

Nové-Josserand, Ostéochondrite de la hanche et ses rapports avec les autres ostéo-arthrites de l'enfance, *Archives franco-belges de Chirur.*, n° 7, avril 1922.

Nové-Josserad, Arthrite suppurée de la hanche chez le nourrisson, *Clinique Paris*, 1907, p. 808-810.

Nussbaum, Beziehungen der Knochen gefasse zur akuten osteomyelitis, *Zentralbl. für Chir.*, 1922.

iOber, Posterior arthrotomy of the hip-joint, *Report of five cases, jour. am. med. assoc.*, Chicago 1924, p. 150-1502.

Ockenczyk, Ostéomyélite de la hanche droite et vaccinothérapie, *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris 1924, p. 307-312.

Ombrédanne, *Précis de chirurgie infantile*, 1923.

Parker, Osteoarthritis of the hip., *British med. journ.*, 1922. II, p. 539-541.

Peeremans, L'ostéomyélite de l'ilium dans l'enfance, *Arch. franco-belges de chirurgie*, 1923, t. XXVI, p. 970.

Porter, Acute epiphysitis of the hip., *Illinois med. journ.*, Springfield, 1910, p. 605-607.

Portwich, Ein Betrag zur akuten infektiosen osteomyelitis im Bereich des Huft gelenks, *Deutsche Zeits chr. für Chir.*, 1924, p. 236-254.

Ridlon, Difficulties in the diagnostic of hip disease: a case of osteoarthritis, *Surg Clin.*, Chicako, 1918, p. 223-226.

Rinchart, Tuberculosous hip-joint disease, ostéomyélitis and transplantation of the fibula and ankylosis of the jaw., *Internat. clinic. Philad. and London*, 1906, IV, p. 186-193.

Ritter, Akute eitrige osteomyelitis des Oberschenkels mit wederholter Puktion, *Zentralbl. für Chir.*, 1922.

Rosenthal, Ein Fall von sehr schoner Neubildung des Schenkelkopfes und Halses nach Resektion des Huftgelenks, *Beitr. z. klin. Chir.* 1918, p. 286-288.

Rost, Muss man bei akuter osteomyelitis den Knochen auf meisseln wen schon ein subperiostales Abscess vorhanden ist ? *Munch. med. wochens*, 1912.

Rottenstein, Les affections chroniques de la hanche, tuberculose exceptée, *Marseille médical*, 1924, p. 993-1026.

Rocher, Ostéomyléite aiguë de la hanche, *Soc. de médecine de Bordeaux*, 2 juin 1922.

Rocher, Ostéomyélite aiguë simultanée de la hanche et de la branche ischio-pubienne chez fillette de dix ans, *Soc. Anal. Clin. de Bordeaux*, 14 mars 1923.

Roubachev, Les luxations pathologiques de la hanche à la suite d'une infection aiguë, *Novy Khirourghitchesky Arkiv.*, t. VII, n° 3, 1925 (voir analyse « Presse médicale », 1925, t. II, p. 172 de la *Revue des Journaux*).

Rouvillois et Clavelin, A propos des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche, *Soc. de méd. milit. française*, bull. mensuel, 1924, p. 40-45.

Rovsing, Uber tuberkulose Arthritis und Ostitis im früherem Kindes alter, *Langenbeck's Archiv.*, Bd LIII.

Rowlands, The prevention and correction of deformitie following arthritis of the hip-joint, *Lancet*, 1910, p. 307.

Savariaud, Les fausses coxalgies, les fausses luxations et les fausses fractures du col fémoral ou la coxa vara des enfants et des adolecents, *Méd. inf., Paris*, 1914, p. 121-134.

Schmidt, Extraartikulare Ankylosierung der Hüfts, *Zentralbl. für. Chir.*, 1923, p. 94.

Skillern, Osteoarthritis of the hip-joint (bilatéral): resection (L.) with tenotomy of adductors, incision and drainage (R.), *Internat. Clin.*, Philad., 1920, p. 36-38.

Skillern, Ostéoarthritis of the his-joint, acute infective (R.), incision et drainage. Trochanteric apophysitis (L.), incision and drainage, *Ibid.*, 1920, p. 38-41.

Sorrel, Arthrites non tuberculeuse de la hanche : *Bull. méd.*, Paris, 1922, XXXVI, p. 899-903; *Gazette des Hôpitaux*, 1922, p. 1303-3105 ; *Presse médicale*, 1922, XXX, p. 895 ; *Revue d'Orthopédie*, 1922, III, p. 637-723 ; Arthrite de la hanche, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, Paris, 1924, p. 627. — Deux cas de coxalgie consécutifs à des lésions primitevement juxta-articulaires, *Bull. et mém. soc. anat.*, Paris, 192,1 p. 922-925.

Steward, *British med. jour.*, 1921.

Tavernier, Arthroplastie de la hanche, *Revue d'orthopédie*, 1918, p. 179-184.

Taylor, Juxta-articular bone lesions of the hip, *Journ. am. med. assoc.*, Chicago, 1917, p. 1227-1233.

Thorling, Ein diagnostisch schwer deutbarer Fall von septischer Coxitis bei einem 13 Monaten alten Kinde, *Acta med. Scand.*, Stockholm, 1923, p. 441-452.

Vereinigung Niederrheinisch-Westfalischer Chirurgen, Die Behandlung der akuten hematogenen osteomyelitis mit primaren Knochentrepanation, *Zentralbl. für Chir.*, 1921.

Voundouris, Luxation spontanée de la hanche post-scarlatineuse. Guérison. *Société de pédiatrie*, 5 février 1924.

Whitchurch, Ostéomyélites iliaques, séquelles de blessures de guerre, *Société de Chirurgie*, 22 février 1922.

Yung, Diagnosis and treatmen of hip-joint diseases, *Am. Journ. orthop. surg.*, Boston, 1918, p. 157-165.

IMP. ANT. GED

48, Rue Paradis, 48

MARSEILLE